

# 制度化能力与民生绩效\*

## ——基于中美两国“新医改”的比较研究

田 孟

(中南大学社会学系, 湖南 长沙 410075)

**[摘要]** “制度化能力”是国家能力的重要组成部分,是推进国家治理体系和治理能力现代化的重要议题,对于促进和改善民生事业的绩效具有十分重要的意义。医疗卫生事业是重大民生事业,中美两国几乎同时启动的“新医改”为揭示制度化能力与民生绩效的关系提供了历史契机。基于对两国“新医改”历程的考察,运用比较研究方法,揭示制度化能力对于医疗卫生事业发展及其绩效提升具有重要的作用。其中,在医疗卫生政策的过程绩效方面,美国的“新医改”因为深度嵌入在了该国独特的政党政治结构之中而不断处于制定制度和废止制度的循环往复之中;中国的“新医改”过程则在经历了早期的“政治化”之后迅速转入“制度化”阶段,表现出了明确的制度化目标和较强的制度化能力。在医疗卫生政策的结果绩效方面,与各自十年前的情况相比,中国在医疗卫生制度建设的水平、国民健康素质的提升和卫生健康事业的经济绩效等方面的进步都要更为明显,进一步彰显了制度化能力与民生绩效的紧密关系。中美“新医改”历程及其绩效的差异集中反映两国在国家制度和国家治理体系的差别,其核心是制度化能力的差异。文章从制度化能力的角度探讨民生绩效,深化了对于坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化的认知。

**[关键词]** 治理现代化 新医改 比较研究 制度化能力 民生绩效

**[中图分类号]** D033 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-983X(2021)05-0083-12

### 一、导言

民生事业事关人民福祉和每个人的切身利益,具有十分重要的意义。在坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化的伟大征程中,民生事业的建设与发展既是重要抓手,也是基本目标。为此,党的十九届四中全会明确提出了“坚持和完善统筹城乡的民生保障制度,满足人民日益增长的美

好生活需要”的方向和目标,强调“必须健全幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶等方面国家公共服务制度体系,尽力而行、量力而行,注重加强普惠性、基础性、兜底性民生建设,保障群众基本生活”,为新时期我国民生事业的建设与发展提供了重要的遵循和指导。

民生事业由多种具体的社会事业组成,是一个非常复杂的体系。在这个复杂体系中,卫生

收稿日期: 2021-01-24

\*基金项目: 国家社会科学基金资助重大项目“中国城乡融合发展的空间社会学研究”(20&ZD149)

作者简介: 田孟, 讲师, 社会学博士, 主要从事社会政策与基层治理研究。

和健康事业具有举足轻重的地位,受到民众的高度关注,被称作是重大民生事业。一直以来,党中央、国务院高度重视卫生和健康事业的建设与发展,习近平总书记近年来关于“没有全民健康,就没有全面小康”的重要论述更是引起了社会各界的广泛支持和强烈共鸣。

卫生和健康事业的建设和发展与整个国家的政治经济、社会体制和国家治理密切相关。新中国成立70多年来,我国的卫生和健康事业经历了一个极不平凡的建设和发展历程,尽管其中也存在一些波折、出现过一些问题,但总体上仍然取得了举世瞩目的成就,积累了非常丰富的经验,为我国卫生和健康事业的制度建设与后续发展奠定了基础。新世纪以后,尤其是2009年国家正式启动了新一轮医药卫生体制改革(以下简称“新医改”)以后,“政府主导”的基本原则正式确立起来,标志着我国卫生和健康事业进入了一个全新发展阶段。在此基础上,党的十九大报告进一步做出了“实施健康中国战略”的重大战略部署,为目前已步入“深水区”和“攻坚期”的“新医改”进程提供了强有力的国家战略支撑。

经过70多年的长期实践与艰辛探索,截至目前,我国已经基本建立了一套与本国国情和卫生与健康事业发展规律相匹配的法律法规和制度框架,明确了卫生与健康事业的基本性质、定位和重要意义,厘清了政府在发展卫生与健康事业中的角色和责任,为进一步改善人民健康福祉和提升民众的幸福感、获得感、安全感做了理论和制度上的基本准备。这些卫生与健康制度及其背后的理论认识,构成了我国70多年卫生健康事业特别是“新医改”十年来的重要成果。当前,我国“新医改”进入攻坚克难的关键时期,党中央高度重视制度化能力建设,<sup>[1]</sup>对于明确和加强卫生与健康领域的制度自信、理论自信和战略定力等方面具有重要意义。

本文基于对中美两国十年新医改历程的细致考察,通过运用比较研究方法,揭示了制度化能力对于卫生和健康事业发展的重要作用,并

将其归纳为“制度化能力的民生绩效”,深化了对坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化的认识。坚持和完善具有中国特色的卫生和健康制度、推进卫生和健康治理体系和治理能力现代化是坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化的重要议题。习近平总书记曾多次明确指出:“健康是促进人的全面发展的必然要求,是经济社会发展的基础条件,是民族昌盛和国家富强的重要标志,也是广大人民群众的共同追求。”<sup>[2]</sup>归根到底,中国特色社会主义制度和国家治理体系及治理能力现代化的最终目标是人的全面发展。在这里,人的全面发展首先必须是一个拥有健康的人,而坚持和完善具有中国特色的卫生和健康制度、推进卫生和健康治理体系和治理能力的现代化则是实现上述目标的重要机制。

## 二、理论资源:作为方法的比较研究

李克强总理曾指出:“医改是一个世界性难题。近年来许多国家都在推进医改,但在改革中都遇到重重困难,有的甚至举步维艰。”<sup>[3]</sup>世界各国多样化的改革实践为不同国家之间的总结与反思、交流与对话、比较与借鉴提供了重要的历史契机。在此过程中,比较方法也成为了认识中国特色社会主义的制度优势、增强制度自信和理论自信的重要路径。学术界有不少学者都强调要在国际比较中坚持中国自信,坚持中国道路,提升“四个自信”。<sup>[4]</sup>

比较是人类日常生活中的一种常规思维活动,也是社会科学研究中的重要研究方法之一,它“是对两个或两个以上的事物或对象进行对比,找出他们之间的相似性与差异性的一种分析方法”,<sup>[5]</sup>“是对同类对象相同点(相似点)与相异点的分析、辨别,得出某种结论的方法……是我们在观察问题、分析问题、研究问题和解决问题的过程中常用的一种方法……是我们认

识人类社会的重要方法”。<sup>[6]</sup>斯梅尔塞指出,身处日常生活之中,没有比较思维是不可思议的,如果不进行比较或对比,“一切科学思想和所有科学研究,也都是不可思议的”。<sup>[7]</sup>(P2)卡拉曼尼认为,“比较通常被认为是一种最重要的认识世界的智力工具”。<sup>[8]</sup>(P120)

作为一种研究方法的比较是对作为一种思维方式的比较的超越和提升。马克思曾说:

“极为相似的事情,但在不同的历史环境中出现就引起了完全不同的结果。如果把这些发展过程中的每一个都分别加以研究,然后再把它们加以比较,我们就会很容易地找到理解这种现象的钥匙。”<sup>[9]</sup>(P106-107)也就是说,作为一种研究方法的比较是认识人类社会及其客观发展规律的钥匙。正是基于比较研究的方法,马克思才得以对资本主义社会进行极为深刻而又系统的解剖。

近年来,学术界对社会科学方法论的讨论十分活跃,比较思想和比较方法是其中的热点话题。<sup>[10]</sup>有些学者从广义角度出发,认为由于比较思想几乎贯穿在各种具体的研究方法之中,故而在社会科学研究的所有方法中,比较方法具有统领性的核心地位。<sup>[11]</sup>(P116)刘青峰和金观涛甚至将比较方法在社会科学中的地位等同于受控实验方法在自然科学中的地位。<sup>[12]</sup>但更多学者则是从狭义角度出发,将比较方法作为社会科学方法论谱系中的一个具体类型。<sup>[13]</sup>如科利尔认为,标准的比较研究方法是针对小规模样本或者少量案例的研究方法,适用于那些缺乏大规模案例的政治社会现象,是“折中主义的最优多元研究技术”。由于比较研究方法倾向于采用多元化的研究路径和折中主义的研究策略,对于打破当前社会科学研究方法上的界限和分隔状态具有十分重要的意义,从而构成了分析的基本工具。<sup>[14]</sup>(P236-271)

拉斯韦尔曾经呼吁西方政治学界超越地方主义的狭隘性,对历史上所有国家尤其是伟大帝国进行纵向或横向的比较研究。其中,社会组织的政策制定和政策执行的过程,或者

说不同社会决策结构中的情报、提议、规定、合法化、应用、终止和评估等现象最具有可比性。<sup>[15]</sup>(P160-181)本文正是在这个层面上对中美两国几乎同时在2009年启动的“医改”实践进行比较研究。

### 三、“政治化”与“制度化”:中美医改的比较

对于中国和美国这两个位于太平洋两岸的世界大国来说,2009年都是极不平凡的一年。在太平洋西岸的中国,中共中央、国务院在这一年3月17日颁布《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号),标志着“新医改”方案的最终成型;次日,国务院出台《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011年)》(国发〔2009〕12号),对“新医改”第一阶段的工作重点进行了总体部署。这是自1997年中共中央、国务院出台《关于卫生改革与发展的决定》(中发〔1997〕3号)和新世纪初爆发“非典”疫情以来,特别是2005年国务院发展研究中心的一份调查报告做出了上一轮“医改基本不成功”的判断从而引发了公共舆论的热烈讨论之后,我国卫生和 health 领域的突破性进展,标志着新一轮医改的正式实施。在太平洋东岸的美国,新当选的美国总统奥巴马在这一年1月20日正式宣誓就职。在竞选过程中,奥巴马以“改变”作为竞选口号,提出了包括启动美国医疗改革在内的三大施政纲领。为此,奥巴马于同年3月5日在白宫召开了医改高层会议,决心在年内全面启动医改计划。到了该年6月17日,美国国会两院(参议院和众议院)分别开始正式讨论医改方案。经过反复磋商、辩论和妥协,修改后的法案最终于2010年3月21日在两院通过。3月23日,奥巴马正式签署医改法案,标志着美国医改的正式实施。这个医改法案也被认为是奥巴马执政期间最重要的立法成果之一,是美国社会保障体系45年来最大的变化。

十年过去了,中美两国的“医改”都经历了

很多变动,并发生了巨大变化。到目前,美国医改基本上仍然是在原地踏步、争论不休,甚至极有可能被推倒重来、另起炉灶;而中国医改则已经顺利完成了第一阶段的基本任务,正在进行第二阶段的深水区攻坚克难。

### (一)美国医改:从“政治化”到“再政治化”

美国医改的启动源于“政治化”。在《美国医改:现状与未来》一文中,奥巴马回顾了他下定决心启动医改的两大原因:一个是美国的医药费用快速增长,但健康绩效却并不乐观。

“2008年,美国将国家16%的经济份额投入到卫生保健上,自1998年以来几乎增加了四分之一……然而,许多花费并没有给病人带来好的结果”。另一个是美国有数以千万计的人没有医保,作为全世界唯一一个没有实现医保全覆盖的发达国家而广受诟病。“2008年,美国卫生服务体系使得超过七分之一的美国人未能获得医保覆盖”。<sup>[16]</sup>应该说,奥巴马指出的这两大原因,确实是美国社会各界尤其是底层强烈关注的现实问题。在2008年美国大选中,医改议题的“政治化”构成了民主党及奥巴马大获全胜的重要原因。

但美国医改的政治争议却一直不断。实际上,早在奥巴马签署医改法案前夕,国会两院统一医改法案的进程便已经给这个法案蒙上了一层厚厚的政党政治阴影。在奥巴马采取妥协策略从而使修正后的法案最终在两院通过之后,反对和要求废除该法案的行动不减反增。有学者指出,奥巴马之所以能够通过这个法案,主要是凭借了当时民主党在国会两院都取得了多数党的优势地位——甚至在地方上,民主党也获得了50个州里的28个州长席位和27个州议会的多数党地位,从而使得他能够不顾共和党对其医改方案的一贯强烈反对态度和行动,强行通过了这一法案。正如1994年时任总统克林顿也是在同样的政治优势下启动了美国医改的进程但却最终铩羽而归一样,奥巴马医改也让民主党付出了巨大的政治代价。2010年,美国国会改选,民主党丢掉了众议院的多数党地位,并在州

一级选举中也颇受冲击。到了2016年大选,奥巴马医改计划照例成为特朗普及共和党重点抨击的对象,选举的结果是共和党不仅成为了国会参众两院的多数党,而且在州一级也占据了多数党的地位。

2017年1月20日,美国新一任总统特朗普正式宣誓就职,在当天签署的第一道总统行政令中,特朗普剑指前总统奥巴马引以为傲的医改法案,主要内容是要求各联邦机构不得再为扩大这部法律的普及面而颁布新规定,被认为是叫停了或冻结了奥巴马医改法案。由于特朗普在竞选时也曾做出过医改承诺,并且他也拥有奥巴马最初执政时几乎同等的政治优势,故而特朗普也多次试图用新医改计划替代奥巴马医改法案,但却未能取得成功。2018年,民主党在中期选举中重新获得众议院多数席位,这不仅给特朗普当初竞选时誓言要废除奥巴马医改法案的许诺带来了更大阻力,而且也给他自己的新医改计划蒙上了一层阴影。

从2009年到2019年,历经十年,美国医改似乎又回到了它的起点。抑或是说,美国医改从来就没有离开过它的起点,始终是在这个点上原地踏步。政党政治的斗争、意识形态的争斗和利益格局的固化等都制约着美国医改的进程。美国医改将何去何从?学术界总体上持悲观态度。胡善联<sup>[17]</sup>认为,由于奥巴马医改法案的一个基本成果是让2000万美国人获得了医疗保险,这就使得特朗普的新医改计划面临着更多的不确定性和风险,如果他不能出台一个妥善的解决方案的话,这部分人将成为一股政治力量。此外,共和党内部是否团结和民主党是否合作也是决定美国医改能否突破的两个重要变数。<sup>[18]</sup>随着特朗普的黯然下台,其任期内的医改建设性成果乏善可陈,而破坏性却影响深远。

总体来说,美国的医改始终没有能够从“政治化”的泥沼中走出来。在美国独特的政治体制、经济结构、社会结构和文化观念的综合影响下,“人走政息”现象时有发生,政策缺乏连续性,医改的具体实践不断被卷入抽象的政治

进程之中,经历了反复的“政治化”。美国医改从“政治化”到“再政治化”的演变本质上是美国政党结构和社会结构的反映。

## (二)中国医改:从“政治化”到“制度化”

与美国医改一样,中国医改的启动也与这一议题的“政治化”密切相关。但不同的是,中国医改在经历了“政治化”的阶段之后,很快便进入到了建章立制的“制度化”阶段。从20世纪80年代开始,我国启动了以市场替代计划的宏观经济体制改革。在此期间,参照城市企业改革的基本原则和操作模式,医药卫生领域的改革实行了政府与医药卫生机构分离,并在削减了医药卫生事业财政投入的背景下向医药卫生机构“放权让利”,通过“只给政策不给钱”的方式将医药卫生事业推向市场。<sup>[19]</sup>市场化导向的医改措施虽然显著地促进了我国医药卫生事业供给侧各类资源(如医院、设备、人力、诊所、药店等)的快速增长,但却也普遍降低了广大民众对于医药卫生服务的可及性和可得性,<sup>[20](P130-136)</sup>公共舆论对于“看病难、看病贵”的呼声十分强烈,驱动这一议题日趋“政治化”。

到了20世纪90年代,中央政府意识到市场化导向的医改所造成的严重经济社会问题。1996年12月9日,全国卫生工作会议在北京召开,“这次会议,是建国以来由党中央、国务院召开的第一次全国卫生工作会议,是一次重要的会议”,<sup>[21]</sup>时任中共中央总书记江泽民和时任国务院总理李鹏分别作了重要讲话(以下简称《讲话》)。到了1997年1月15日,中共中央、国务院颁布《关于卫生改革与发展的决定》(以下简称《决定》)。上述《讲话》和《决定》强调了健康“是经济社会发展和精神文明建设的重要目标,是人们生活达到小康水平的重要标志,也是促进经济发展和社会进步的重要保障”,明确了我国医药卫生事业“是政府实行的一定福利政策的社会公益事业”的基本性质,确立了新时期我国卫生工作的基本方针和奋斗目标,并对加强农村卫生和初级卫生保健工作作出了具体部署。

到了21世纪初,“非典”疫情的爆发进一

步推动了医改议题的“政治化”。实际上,早在“非典”疫情爆发前夕,国家已开始着手推动农村合作医疗制度的建立和完善工作。2002年10月19日,中共中央、国务院颁布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》(中发[2002]13号),明确“各级政府要积极组织引导农民建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,重点解决农民因患传染病、地方病等大病而出现的因病致贫、返贫问题”。然而,不到一个月的时间,“非典”(SARS)疫情在广东佛山、河源等地爆发,并有向全国、东南亚乃至全球扩散的趋势。在抗击“非典”的过程中,时任中共中央总书记胡锦涛和国务院总理温家宝等都有过关于竭力阻止“非典”疫情向广大农村等医疗卫生基础薄弱地区蔓延的指示。<sup>[22]</sup>

2003年7月28日,在全国防治“非典”工作会议上,时任中共中央总书记的胡锦涛提到,“一个聪明的民族,从灾难和错误中学到的东西会比平时多得多。反思我国非典疫情发生和我们防治非典的过程,既有成功经验,也有深刻教训”,<sup>[23](P1)</sup>并首次提出“全面发展、协调发展、可持续发展”的新发展观,即“科学发展观”。在科学发展观与构建社会主义和谐社会的思想指引下,全社会对我国卫生和健康事业的发展进行了广泛研讨。其中,尤其是2005年国务院发展研究中心的一篇以“目前中国的医疗卫生体制改革基本上是不成功的”作为结论的研究报告,引起了社会各界的广泛关注和强烈共鸣,拉开了新医改的序幕。<sup>[24]</sup>其中的“医疗卫生体制改革”,具体是指20世纪80年代初开启的以市场化为导向的医改。

客观现实、历史经验和学界及媒体的反映也引起了政府的高度重视。2006年3月,《国民经济和社会发展第十一个五年规划纲要》发布,首次将“提高人民健康水平”独立成章,置于“推进社会主义和谐社会建设”篇下,强调了政府对公共卫生和基本医疗的责任。到了2006年6月,由国家发改委和卫生部牵头,16个有关部委组成的国务院深化医药卫生体制改革部际

协调工作小组正式成立,标志着新一轮医药卫生体制改革进入实质性运作阶段。2006年10月8日至11日,党的十六届六中全会审议通过了《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》(中发[2006]19号),明确提出要“加强医疗卫生服务,提高人民健康水平……坚持公共医疗卫生的公益性质,深化医疗卫生体制改革,强化政府责任,严格监督管理,建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务”。2006年10月23日,中共中央政治局进行了以医疗卫生体制改革为主要内容的第三十五次集体学习,时任中共中央总书记胡锦涛发表重要讲话,再次重申了党的十六届六中全会的医改纲领和精神。2008年4月,国务院总理温家宝两次召开深化医药卫生体制改革工作座谈会,向社会各界征求意见。2008年底,成立了由16个相关部门组成的深化医药卫生体制改革领导小组,时任国务院副总理李克强担任组长。2009年3月,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号)正式发布,标志着新医改政策制定环节的基本完成,新医改进入了一个全新的阶段。

王绍光和樊鹏通过对2005年至2009年期间新医改政策形成过程的详细考察和理论分析,提炼出了中国政府以“开门”和“磨合”为主导特征的“中国式共识型决策模式”。<sup>[25](P83)</sup>他们将新医改政策制定的基本进程分为了五个阶段,分别是:2006年6月以前的政策议程设置阶段、2006年7月至2008年2月的备选方案设计和选择阶段、2008年3月至2008年9月的最终方案内部酝酿阶段、2008年10月至2008年11月的政策公开征求意见阶段和2008年12月至2009年3月的政策最终出台阶段。通过比较,他们发现,在西方尤其是美国的决策过程中,往往会“闯进来”一批有组织的利益集团影响最终决策,进而倾向于通过权力“制衡”的方式形成决议;而中国的决策过程除了“闯进来”以外,还有“请进来”和“走出去”两种“开门”方式让更

多群体参与决策,并且倾向于采取多方“磨合”的方式形成决议。<sup>[25](P83)</sup>

新医改明确了政府主导的基本原则,<sup>[26]</sup>强调健康作为人的全面发展和重大民生的重要地位,深化了对健康的理解,明确了坚持公共医疗卫生的公益性和强化政府财政投入责任的总体方向,确立了建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生服务体系,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务的总体目标。其中又分为“四大体系”和“八个配套措施”具体目标,即公共卫生服务制度、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应保障体系和与医药卫生相关的管理、运行、投入、价格、监管体制机制建设,以及科技与人才、信息、法制建设。为了实现上述目标,新医改方案部署了两个阶段性任务:2009—2011年为第一阶段,狠抓“五项重点改革”;2012—2020年为第二阶段,基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。

2012年6月,国务院医改办出台的《深化医药卫生体制改革三年总结报告》指出,新医改第一阶段的五项重点改革任务已如期、全面完成。<sup>[27]</sup>尽管还很难在健康绩效上对新医改做评价,<sup>[28]</sup>但正如世界卫生组织等机构所言,“中国医改朝着正确的方向前进”。<sup>[29]</sup>

更重要的是,到了2012年11月,党的十八大召开,新当选的中共中央总书记习近平表示,“人民对美好生活的向往就是我们的奋斗目标”。2013年11月,党的十八届三中全会通过了《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》,明确发出了继续深化医药卫生体制改革的信号。此次会议还决定成立以习近平总书记为组长的中央全面深化改革领导小组(后改为“中央全面深化改革委员会”),这个重要机构在此后召开的重要会议上多次就新医改的相关议题进行讨论,创新了推进医改的体制机制。

2016年8月,全国卫生与健康大会在北京召开,中央政治局常委全部出席。这是新中国成立以来第二次最高规格的全国性卫生工作会议,上一次同等规格的会议出现在1996年。习近平

总书记在此次会上指出,“当前,医药卫生体制改革已进入深水区,到了啃硬骨头的攻坚期”,强调“没有全民健康,就没有全面小康,要把人民健康放在优先发展战略地位,努力全方位全周期保障人民健康”。2015年3月,“健康中国”的提法首次进入中央政府工作报告。2015年10月,十八届五中全会召开,明确提出要“推进健康中国建设,深化医药卫生体制改革”。2016年10月,中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》,这是新中国成立以来首个在国家层面提出的健康领域中长期战略规划。2017年10月,“实施健康中国战略”被写入十九大报告。从总体上看,中国医改在从酝酿到启动再到深化继而到全面深化,虽然经历了多次中央领导机构的变更,但却始终保持了方向的一致性、目标的完整性和制度的连续性,体现了中国新医改的实践逻辑。<sup>[30]</sup>

显然,中国医改在经历了“政治化”阶段以后,很快就进入“制度化”阶段。众所周知,制度建设离不开政治的推动,“政治化”的主要作用是引起中央政府的高度重视,进而为医改的启动提供良好的政治基础。而在新医改的序幕被拉开以后,这一议题也从“政治化”向“制度化”转变。“制度建设”成为了推动新医改的中国道路不断成型的一个重要机制。

#### 四、制度化能力的健康绩效:中美医改的再比较

由于中美两国具有不同的政治经济和社会文化背景,面临的问题和任务也有很大的差异,更进一步说,解决各自问题和实现各自目标任务的理念、方法和路径也存在很大的差异性,这就决定了中国医改和美国医改在具体的政策内容上必然会存在很大的不同,从而不具有可比性。前文讨论并不是对两个国家医改的具体政策内容进行比较,而是将医改作为一个政策过程,考察医改政策形成过程中的各种遭遇,从而使得国别比较具有了可行性和现实意义。

接下来,笔者将从政策结果绩效的角度对中国医改和美国医改进行再比较。主要方法是以医改前夕作为参照点,考察中美两国在经历了十年的医改之后,健康方面发生了哪些变化。

##### (一) 制度化能力与卫生服务体系

首先,在医疗卫生服务体系的构建方面。2009年,中美两国都曾强调要通过医改建立一个更加完善的医疗卫生服务体系,并且也都出台了比较完整和体系化的医改方案。其中,美国因为全世界唯一一个没有实现医保全覆盖的发达国家而备受诟病,成为“美国之耻”。在美国独特的政治制度、利益结构和意识形态等复杂因素影响下,奥巴马医改可谓举步维艰。尽管医改法案最终通过,但与改革的最初追求和基本目标还存在较大差距,奥巴马医改除了让医保制度覆盖更多人群之外,其他方面乏善可陈。更重要的是,在继任总统特朗普试图推行新医改计划时,奥巴马医改的遗产转而又成为特朗普医改的政治束缚。反观中国医改,从最初确立健康的重要地位、医疗卫生事业的基本性质、政府主导的基本原则和公益性的基本追求,到新医改方案的出台,明确医改的总体目标和具体目标,再到新医改第一阶段完成五项重点改革任务,基本建立四大体系、完善八项配套措施,最后到现阶段的继续深化,改革不仅具有系统性、广泛性,而且还保持了延续性,使制度建设的过程表现出了鲜明的可积累性和可完善性。目前,我国已经基本建立了覆盖全民的医疗保障制度,形成了多层次、广覆盖、水平也在日益提升的医疗保障制度;建立了国家基本药物制度,药品生产和流通(包括招标采购)等方面的体制机制改革方兴未艾;健全了基层医疗卫生服务体系,社区卫生服务体系蓬勃发展,家庭医生签约制度稳步推行;城乡基本公共卫生服务均等化项目有序开展,社会的认可度日益提升,民众的依从性稳步增长,公共卫生服务的制度化水平日益提高;公立医院改革尤其是县级公立医院改革取得突破性进展。总体上看,持续不断地进行相关制度建设和既有制度完

善,是中国新医改的一个鲜明特征。

## (二) 制度化能力与国民健康素质

其次,在中美两国国民健康素质的变化方面。人均预期寿命是反映一个国家国民健康水平的一个重要指标。2009年,奥巴马启动医改前夕,美国人均预期寿命是78.6岁。到了2016年,奥巴马卸任、特朗普履新,美国人均预期寿命为78.7岁,增长了0.1岁。但此后,这一指标不升反降,截至2018年,已经下降到了78.5岁,比医改前减少了0.1岁。<sup>[31]</sup>反观中国,2008年,新医改前夕,我国人均预期寿命为72.9岁。<sup>[32]</sup>到了2018年底,我国人均预期寿命提升至77.0岁,增加了4.1岁。尽管影响人均预期寿命的因素很多,中美之间在这一指标上的比较仅具有参考价值,但与其他发达国家相比(比如,日本人均预期寿命长期居于世界前列,但该国的这一指标仍在继续增长),美国的这一指标下降也很不正常。

此外,孕产妇死亡率和儿童死亡率(以婴儿死亡率为例)也是经常被用来衡量一个国家国民健康素质和反映该国卫生事业发展质量的两个基础性指标。一直以来,国际学术界已经有了一个基本共识,即美国在全球发达国家中孕产妇死亡率最高。并且,在全球孕产妇死亡率总体下降的背景下,美国的这一指标自1990年开始却一直在上升。儿童死亡率方面,尽管近年来美国的婴儿死亡率有下降的趋势,但这一指标仍然高于所有的发达国家。<sup>[33]</sup>反观中国,新世纪以来,尤其是新医改以来,我国孕产妇死亡率和婴儿死亡率都有显著下降。2008年,新医改前夕,根据《2008年我国卫生事业发展统计公报》的数据,我国孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别为34.2/10万和14.9‰。到了2018年,根据《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》的数据,这两个重要指标分别下降到了18.3/10万和6.1‰。

需要说明的是,孕产妇死亡率和婴儿死亡率的国别比较,只具有一定的参考价值。因为这些基础性指标往往是受到了更加宏观的结构性因素的影响,而医改政策并不在这些宏观结构性因素的范畴之内。但毋庸置疑的是,医改政

策会对这些宏观结构性因素产生重要的影响,从而间接地影响这些基础性指标,并且医改的持续时间越长,这种影响便越直观。

## (三) 制度化能力与卫生总费用

最后,在医改的经济绩效方面。中美两国在2009年启动各自的新一轮医改进程之际,都面临着卫生总费用快速增长的压力。其中,美国的问题主要表现在卫生总费用占GDP的比重过大,国民财富过多地流向了医药卫生行业,但医保却未能实现全民覆盖,有近5000万人没有任何医疗保险,普遍存在“看病难、看病贵”问题。中国的问题则主要表现在民众个人自付费用占卫生总费用的比重偏高,从而出现了“看病难、看病贵”的强烈呼声。在中美两国都经历了十余年的医改历程之后,美国的卫生总费用占比依然保持高位,且继续保持着偏低的健康绩效,甚至在某些基础性指标上出现了连续多年的倒退现象。有学者指出,美国超高的卫生总费用有拖垮整个美国的危险。<sup>[34]</sup>中国的卫生总费用也出现了急剧增长,但其内部结构却发生了巨变,其中民众个人自付部分占比快速降低,而非个人支出、尤其是财政支出占比快速增加,民众负担明显减轻,“看病难、看病贵”的问题有所缓解。

在卫生总费用方面,2009年,美国卫生总费用高达2.5万亿美元,占GDP的比重为17.6%,人均8150美元。有研究显示,在1970—2009年期间,美国卫生总费用一直呈快速增长态势,其增速比GDP的增速高2.5%—3%。<sup>[35]</sup>奥巴马启动医改后,卫生总费用的占比有所改变,<sup>[36]</sup>呈现出波浪式的演变特征:首先是缓慢增长,然后是快速下降,最后又转而快速增长。截至2014年,卫生总费用占GDP的比重已经降至17.5%,<sup>[37]</sup>低于改革前的水平。但到了2015年,卫生总费用达到3.2万亿美元,占GDP的比重回升至17.6%,与改革前的水平持平,人均卫生总费用高达9900美元。而到了2016年,也即奥巴马总统卸任、特朗普总统履新之际,卫生总费用的占比增至17.9%。2017年,美国卫生总费用达到3.32万亿

美元,占GDP的比重保持在了17.9%的水平。有学者通过社保精算和计量经济学模型进行预测,发现2014—2024年美国卫生总费用将出现较快增长,年均增长率为5.8%,而同一时期美国GDP的年均增长率为4.7%,2024年美国卫生总费用占GDP的比重约为19.6%。<sup>[38]</sup>显然,美国医改并未对美国医药费用的占比过重和增长过快问题产生实质性的改善作用。新医改十年来,尽管我国卫生总费用也出现了快速增长的态势,但从总体上看,这种增长主要是为了弥补医改前政府对医疗卫生事业财政投入严重不足的历史欠账。早在2008年,亦即医改前夕,我国卫生总费用为1.45万亿元(按当年汇率计算,折合0.21万亿美元,不及同期美国卫生总费用的零头),占GDP的比重为4.83%。<sup>[39]</sup>更重要的是,在此时的卫生总费用筹资构成中,政府卫生支出仅占24.73%,个人卫生支出却高达40.42%,民众的医药卫生负担很重,“看病难、看病贵”的社会呼声此起彼伏。十年之后,上述情况明显改观,一方面,政府的财政投入大幅增长,新医改十年累计投入了约10万亿元,截至2018年,我国卫生总费用为5.80万亿元,占GDP的比重为6.4%;另一方面,卫生总费用的结构得到优化,个人卫生支出占比降至28.6%,民众的医药卫生负担有所减轻。<sup>[40](P93)</sup>总之,与美国医改相比,中国医改表现出更好的经济绩效,但也需要对费用增长保持警惕。

健康绩效是民生绩效的重要组成部分。通过对中美两国医改的绩效进行比较,可以发现,由于在推进医改的过程中坚持了“制度领衔”的基本方略,中国医改表现出了更好的健康绩效;而美国医改则由于“制度化”的难以持续,从而难以达到对健康的促进效果。因此,中美两国的医改在健康绩效上的显著差异充分彰显了制度化能力所具有的民生绩效。

## 五、小结与讨论

2019年底爆发的新冠肺炎疫情是对我国已

经开展了十年之久的“新医改”的一场大考。目前,疫情在国内和国际两个领域呈现出了明显的差异性。从这个意义上说,此次的新冠肺炎疫情也是对全球各个国家医疗卫生事业领域的治理体系和治理能力的一次集中检验。

党的十九届四中全会系统总结了我国的国家制度和国家治理体系所具有的多方面显著优势和所取得的重大成就,明确指出了中国特色社会主义制度和国家治理体系是具有强大生命力和巨大优越性的制度和治理体系,对于进一步坚定“四个自信”具有非常重要的意义。本文试图以卫生和健康事业的发展为切入点,对中美两国几乎同时启动的新一轮医改的政策过程和健康绩效进行比较研究,深化对我国国家治理体系和治理能力现代化的理论认识。

首先,在政策过程方面,主要考察了中美两国启动新一轮医改的背景、过程、结果和后续演变等内容,重点关注了医改决策过程与国家政治进程之间的关系。研究发现,医改进入政府的议事日程,需要经历一个“政治化”的阶段。中美两国在启动新一轮医改的前夕,都出现了医改议题“政治化”现象,继而引起了高层政府的重视,最终启动了医改的进程。然而,受各自政治经济和社会文化等因素影响,中美两国医改的具体进程表现出了显著差异。尽管在推进医改的过程中,中美两国都经历了最高领导机构的变更,并且也发生了很多与卫生健康相关的重大公共事件,但从两国具体的改革历程来看,美国医改在国家最高领导机构变更之后,出现了“再政治化”现象。由于其间夹杂了美国独特又复杂的政党政治、利益集团游说、社会结构撕裂和意识形态纠缠等,美国医改的过程中出现了非常典型的“人走政息”现象,“制度化”进程举步维艰,医改议题始终处于“政治化”漩涡的中心位置。中国的“新医改”从严格意义上说萌芽于20世纪90年代中期,定型于2009年。在此期间,不仅发生了“非典”等重大公共卫生危机事件,而且还经历了两次最高领导机构的变更。但与美国医改在美国国家政治

层面出现了变动后表现出来的易变性不同,中国国家政治权力的交接不仅没有对新医改造成负面影响,而且还实质性地推动了中国医改的历史进程。这是因为,在医改议题日益“政治化”从而引起了中央政府的高度重视以后,中国医改很快就进入到了以建章立制为核心的“制度化”进程。明确的制度化目标和强大的制度化能力成为了中国医改的鲜明特征和重要保障。也正是在“制度化”目标的引领和制度化能力的保障下,每届中央领导机构在推进医改的过程中有了明确的方向和目标,在保持医改的连续性和灵活性之间维持了动态平衡,推动了医疗卫生事业的发展和进步。

其次,在医改的健康绩效方面,主要是从医疗卫生制度建设的水平、国民健康素质和卫生健康事业的经济绩效等三个方面对中美两国医改十年前后的制度绩效进行了考察和对比。研究发现,与十年前的状况相比,美国医疗卫生制度建设的体系化程度依旧不容乐观,覆盖全民的医保制度仍然没有建立起来;国民健康素质相对于其他发达国家而言也依然还存在很大的差距,其中一些比较重要的综合性指标甚至还出现了进一步恶化的趋势;国民财富过多地流向医药卫生行业的形势并未得到有效遏制,甚至有进一步增加的倾向,美国医疗卫生体制“高成本、低效率、未能全覆盖”的基本特征并未扭转。中国在经历了十年的新医改历程之后,顺利完成了新医改初期部署的第一阶段各项任务,如期、全面地实现了包括基本医疗保险制度体系、基本药物制度体系、基本医疗服务体系和基本公共卫生服务体系在内的“四大体系”和包括医药卫生的管理、运行、投入、价格、监管体制机制建设和科技与人才、信息、法制建设在内的“八项配套措施”的建设任务,基本建立了覆盖全民的医疗保障体系。现阶段已经进入到了新医改的“攻坚期”和“深水区”,在县级公立医院改革取得了突破性进展以后,继续向更高层级公立医院改革迈进。

总之,中美两国医改历程的差异是两国国

家制度和国家治理体系之间差别的集中反映。通过对中美两国新医改实践在政策过程和健康绩效上的比较,可以看出,相对于美国,中国的制度化自觉及其能力更强,展现了国家制度和国家治理体系的优越性、适应性和生命力。与此同时,本研究也表明,通过广泛地开展比较研究,探究中国特色社会主义道路自信、理论自信、制度自信和文化自信的中国逻辑,将能够有助于加深对中国特色社会主义制度和国家治理体系的认识和理解,为进一步坚定四个自信提供经验支撑。

#### 参考文献:

- [1]习近平. 完善和发展中国特色社会主义制度,推进国家治理体系和治理能力现代化[N]. 人民日报, 2014-02-18(01).
- [2]习近平. 把人民健康放在优先发展战略地位,努力全方位全周期保障人民健康[N]. 人民日报, 2016-08-21(01).
- [3]李克强. 不断深化医改,推动建立符合中国国情惠及全民的医药卫生体制[J]. 求是, 2011(22): 3-10.
- [4]张维为. 在国际比较中解读中国道路[J]. 求是, 2012(21): 42-46.
- [5]王革, 王迎军. 社会科学定性研究中比较方法的应用[J]. 财经问题研究, 2009(12): 25-30.
- [6]王晶雄. 在比较中不断提升“四个自信”[J]. 攀登, 2014(5): 40-44.
- [7][美]尼尔·J·斯梅尔塞. 社会科学的比较方法[M]. 王宝周等, 译. 北京: 社会科学文献出版社, 1992: 2.
- [8][瑞]卡拉曼尼. 基于布尔代数的比较法导论[M]. 蒋勤, 译. 上海: 格致出版社, 2012: 120.
- [9][德]马克思. 1844年经济学哲学手稿[M]. 北京: 人民出版社, 2000: 106-107.
- [10]刘浩然. 社会科学比较研究方法: 发展、类型与争论[J]. 国外社会科学, 2018(1): 122-133.
- [11][英]哈罗普. 比较政治与政治导论[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2007: 116.
- [12]刘青峰, 金观涛. 论社会科学研究中的比较方法[J]. 自然辩证法研究, 1989(3): 26-35.
- [13][美]阿伦德·利普哈特. 比较政治学与比较方法[J]. 经济社会体制比较, 2006(3): 10-23.
- [14][美]科利尔. 比较研究方法[M]//高奇琦. 比较政治学前沿(第1辑): 比较政治的研究方法. 北京: 中央编译出版社, 2013: 236-271.

- [15][美]拉斯韦尔. 比较方法的未来[M]// 高奇琦. 比较政治学前沿(第1辑): 比较政治的研究方法. 北京: 中央编译出版社, 2013: 160-181.
- [16][美]奥巴马. 美国医改: 现状与未来[J]. 杨善发, 译. 中国农村卫生事业管理, 2016, 36(8): 1004-1009.
- [17]胡善联. 特朗普新医改计划前景不乐观[J]. 中国卫生, 2017(6): 108-109.
- [18]陈莹, 王明远, 唐盟. 特朗普医疗改革述评[J]. 地方财政研究, 2017(11): 105-112.
- [19]李玲, 江宇, 陈秋霖. 改革开放背景下的我国医改30年[J]. 中国卫生经济, 2008(2): 5-9.
- [20]田孟. 富县医改: 农村卫生事业的制度变迁与现实困境[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2019: 130-136.
- [21]江泽民. 在全国卫生工作会议上的讲话[J]. 中国农村卫生事业管理, 1997(1): 4-7.
- [22]吴仪. 加强公共卫生建设, 开创我国卫生工作新局面——在全国卫生工作会议上的讲话[J]. 中国卫生质量管理, 2003(4): 5-11.
- [23]胡锦涛. 把促进经济社会协调发展摆到更加突出的位置[M]//中共中央文献研究室. 论构建社会主义和谐社会. 北京: 中央文献出版社, 2013: 1.
- [24]樊鹏. 论中国的“共识型”体制[J]. 开放时代, 2013(3): 45-59.
- [25]王绍光, 樊鹏. 中国式“共识型”决策: 开门与磨合[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2013: 83.
- [26]李满龙. 新医改突显政府主导作用——访北京大学中国经济研究中心李玲教授[J]. 中共中央党校学报, 2008(6): 71-76.
- [27]潘慧琳, 张玉玲. 一张惠及全民的中国答卷——新一轮医改的三年历程[J]. 决策探索(下半月), 2012(8): 6-11.
- [28]李玲, 陈秋霖. 理性评估中国医改三年成效[J]. 卫生经济研究, 2012(5): 7-12.
- [29]白剑锋. 中国医改朝着正确方向前进——世界卫生组织等国际机构发布评估报告[J]. 决策与信息, 2012(9): 20-21.
- [30]田孟. 存量医改与增量医改: 中国“新医改”的实践逻辑[J]. 暨南学报(哲学社会科学版), 2021(5): 75-84.
- [31]李玲. 对比中美医改, 增强制度自信[N]. 环球时报, 2019-06-25(15).
- [32]尤蕾. 国人预期寿命增至七十二岁[J]. 共产党员(下半月), 2008(8): 25.
- [33]毕睿琦, 徐卫琼. 美国新医改对我国的启示[J]. 思想战线, 2011(37): 311-313.
- [34]李玲, 史亚娟. 老龄化社会带来的是“二次人口红利”[J]. 中外管理, 2018(12): 63-65.
- [35]侯建林, 孟庆跃. 美国卫生费用上涨和控制及对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2010(12): 42-50.
- [36]林伟龙. 2014年美国医疗保健支出增速放缓[J]. 中国卫生政策研究, 2015(1): 57.
- [37]张一凡. 中医药在海外的传播与前景[J]. 文化纵横, 2017(1): 60-67.
- [38]Sean Keehan. National health expenditure projections, 2014-2024: Spending growth faster than recent trends[J]. Health Affairs, 2015, 34(8): 26-39.
- [39]赵郁馨, 谢小平, 翟铁明, 等. 2008年中国卫生总费用与卫生筹资战略[J]. 中国卫生经济, 2010(3): 18-22.
- [40]国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴(2019)[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2019: 93.

【责任编辑 史敏】

## Institutionalization Capacity and People's Livelihood Performance: A Comparative Study of the “New Medical Reform” Between China and the United States

TIAN Meng

**Abstract:** “Institutionalization capacity” is an important part of national capacity, which is an important issue to promote the modernization of national governance system and governance capacity and of great significance to promote and improve the performance of people's livelihood. The health care is a major cause of people's livelihood. The “new health care reform” launched by China and the United States simultaneously provides a historical opportunity to reveal the relationship between the institutionalization capacity and the people's livelihood performance. Based on the investigation of the process of the “new medical reform” in the two countries, I use the comparative research method to reveal the important role of institutionalization capacity in the development and performance improvement of medical and health services. Among them, in terms of the process performance of health care policy, the “new health care reform” in the United States is

constantly in the cycle of formulating and abolishing the system because it is deeply embedded in the unique political structure of the country, while the “new health care reform” in China is rapidly turning into the “institutionalization” stage after the early “politicization”, which shows clear institutionalization goal and strong institutionalization capacity. In terms of the results and performance of medical and health policies, compared with the situation ten years ago, China has made more obvious progress in the level of medical and health system construction, the improvement of national health quality and the economic performance of health services, which further demonstrates the close relationship between the institutionalization capacity and the people’s livelihood performance. The differences in the course and performance of the “new health care reform” between China and the United States are the concentrated reflection of the differences in national systems and national governance systems between the two countries, and the core is the differences in institutionalization capacity. I discuss the people’s livelihood performance from the perspective of institutional capacity, which deepens the cognition of adhering to and improving the socialist system with Chinese characteristics and promoting the modernization of national governance system and governance capacity.

**Keywords:** governance modernization; new medical reform; comparative study; institutionalization capacity; people’s livelihood performance

---

(上接第24页)

## The Financialization Trend of China’s Economy

ZHANG Chengsi & JIA Xiangfu

**Abstract:** This paper analyzes the financialization trend in China’s economy. As the largest developing country, China has experienced economic and financial development in the past decades. This paper presents the typical facts of the expansion of the pan-financial industry in China and studies the development trend of financialization at the micro level from the perspective of non-financial enterprises’ making profits through financial channels and holding financial assets. This paper also proposes some indirect financialization indicators at the non-financial level, such as the number of applicants for the financial profession examination and the frequency of quoting financialized words in academic journals, which reflect the trend of economic financialization from this side. The results of this paper show that at the macro level, there is an obvious financialization trend in China’s financial industry, which is represented by a sharp rise in the profit proportion of pan-financial industry. From the micro level of corporate financial data, compared with traditional production activities, the profit proportion of financial investment activities of non-financial enterprises continues to rise, and the proportion of financial assets in total assets also shows a trend of fluctuating increase in the past 20 years. In addition, the increasing importance of finance is reflected both in the number of finance-related exam entries and the attention paid by academic journals to financialization keywords. At present, the financialization trend of China’s economy is still continuing, and the economy is also showing the characteristic of “moving from substantial to virtual”. The typical facts of China’s economic financialization described in this paper reflect the current situation, characteristics and trends of economic financialization from the macro and micro perspectives, and have reference value for the formulation of macro and micro economic policies. The coordination of economic policies should be strengthened to prevent possible harm to the real economy and financial system caused by excessive financialization.

**Keywords:** financialization trend; pan-financial industry; non-financial enterprises; from substantial to virtual