

制度的逻辑与悖论——我国医疗保障制度改革的回顾与展望

System Logic and Paradox – Retrospect and Prospect on China's Medical Insurance System Reform

张奇林

Zhang Qi-lin

[摘要]医疗保障制度的变迁和制度安排是在一定的历史情境和制度环境中发生的,有其内在的逻辑。医疗服务市场中的权力分配格局决定了我国医疗保障模式的选择应遵循公共财政+科层制度+市场机制的逻辑。我国医疗保障制度的改革以及现行医疗保障制度中存在的公平性、可及性和费用问题与制度的逻辑定位和逻辑悖论有关。医疗保障改革成功的关键在于政府的主导和适当干预。

Abstract: Medical insurance system changes and institutional arrangements takes place and has its inherent logic at a certain historical context and institutional environment. The pattern of distribution of power in the medical service market determines the mode of China's medical insurance should follow the public finance, bureaucratic system and the market mechanism. Issues on equity, accessibility and cost issues in China's medical insurance system reform and the existing medical insurance system are related with the logic define and logical paradox. The key to success of Health insurance reform lies in the government's lead and appropriate interventions.

[关键词] 医疗保障; 制度环境; 制度逻辑

Key words: medical insurance; institutional environment; institutional logic

[中图分类号]C913.7 **[文献标识码]**A **[文章编号]**1000-7326 (2009) 02-0070-06

[作者简介]张奇林, 武汉大学社会保障研究中心教授(湖北武汉, 430072)

建国以来,我国医疗保障制度经历了几次大的调整,但一直备受争议与诟病。特别是改革开放以来医疗保障制度的变革更被有关研究报告定性为“基本不成功”,这同其他领域取得的成就相比是一个巨大的反差。医疗问题引起了全社会的广泛关注和热烈讨论。那么,中国医疗保障制度的问题到底出在哪里?我们认为,从制度的逻辑的角度检讨和反思我国医疗保障制度的改革历程,能起到正本清源的作用,它也是解读和评估即将出台的新的医改方案的关键。

一、理论框架

在医疗保障问题上,政府常常处于两难选择的境地。从宏观层面看,医疗保障体系一方面要有效地保障全体国民的身体健康,使国民满意;另一方面又要将医疗开支控制在一个可以接受的范围内,避免出现医疗保障的财务危机,以致于影响宏观经济的健康发展和国民的身体健康。从微观层面看,由于医疗行业存在不对称信息、不确定性和市场失灵等经济特征,需要有第三方来保护病患,规

避风险,同时又要对医生和医疗机构实行监管。在第三方的选择上,公共部门和私人部门是两种有不同价值偏好的选择。医疗行业的特殊性以及医疗问题所涉及的利益关系的复杂性,使政府很难在社会目标和经济目标之间找到一个平衡点,从而制定出各方都能接受的医疗保障政策。从理论上讲,尽管政府面临两难选择,但医疗保障的经济特质并不决定政府必然要做出回应或做出怎样的回应,也就是说政府的反应不是唯一的。^{[1] (P57-130)}事实也是如此。不同的国家,在面临同样的问题和挑战时会采取不同的对策,从而形成了不同的医疗保障制度。虽然医疗保障制度充满变数,但从本质上讲,作为一种上层建筑,它依赖并反映着一定的物质条件和相应的社会关系,因此,它的发展变化“是在十分确定的前提和条件下进行”^{[2] (P477-478)}的,是有规律可循的。马克思曾指出,“在不同的所有制形式上,在生存的社会条件上,耸立着由各种不同情感、幻想、思想方式和世界观构成的整个上层建筑。整个阶级在它的物质条件和相应的社会关系的基础上创造和构成这一切。”^{[3] (P629)}他还指出,“无论是政治的立法或市民的立法,都只是表明和记载经济关系的要求而已。”^{[4] (P121-122)}因此,在复杂的“现实关系中,尽管其他的条件——政治的和思想的——对于经济条件有很大的影响,但经济条件归根到底还是具有决定意义的,它构成一条贯穿于全部发展进程并唯一能使我们理解这个发展进程的红线。”^{[2] (P506)}把握了这根“红线”,就能帮助我们抓住问题的本质,“在生产方式和交换方式的变更中去寻找”,“一切社会变迁和政治变革的终极原因”。^{[5] (P307)}经济基础对上层建筑的决定作用还体现在,“随着经济基础的变更,全部庞大的上层建筑也或慢或快地发生变革。”^{[6] (P83)}这一论述的意义在于,它为我们找到了分析问题的逻辑起点。任何的制度变迁和制度安排都是在一定的历史情境和制度环境中发生的,具有不同的制度逻辑。

所谓制度的逻辑,是制度形成的客观规律,是利益结构中各要素影响力的平衡和各种社会控制机制结合的结果。在医疗卫生领域,政府、私人财政和专业人士构成了主要的权力基础,他们分别代表的是权威、财富和技能。这些要素的关系通过科层制度、市场和社团组织等机制制度化和合法化。每一个国家因为制度环境的差异,对这些社会控制机制的运用各不相同。但不管如何运用,有两个目标是相同的,一是获得社会支持;二是将信息成本最小化。^{[7] (P114-134)}为实现这两个目标,各国从不同的逻辑出发进行制度设计和模式选择。从价值判断的角度讲,模式选择无所谓优劣,但制度运行的结果却有“好”有“坏”。^①问题可能出在两个地方,一是制度的逻辑定位不准;另一个是与应有的制度逻辑不一致或不协调的制度安排,即逻辑的悖论。这两种情况都是对制度逻辑的扭曲。我国医疗保障制度的改革与变迁备受争议与诟病。从表面上看,这种状况是保障体系残缺不全、保障待遇不公平、费用高涨、效率低下等问题引起的,但产生这些问题的根源是对制度逻辑的扭曲。

二、医疗改革的制度环境与制度逻辑

如前所述,政府、私人财政和专业人士构成了医疗服务市场中主要的权力基础,他们也是影响医疗卫生政策的主要因素。但这三者之间权力的分配是不均衡的。导致权力分配失衡的原因多种多样,对不同的国家和市场而言,既有相同的原因,也有各自的特点。在传统的医疗服务市场中,私人财政和专业人士作为市场的供需两端分享着市场的权力。但这一市场中的权力分配从一开始就不是均衡的。根据经济学家的分析^②和技术决定论的观点,在医疗服务的传递过程中,专业人士处于绝对的优势地位。这是所有市场的初始状态。但这种市场格局随着第三方的介入而发生了改变。私人保险和包括公共保险计划在内的政府干预是第三

方介入的主要形式。尽管第三方介入的形式不同，但其目的和结果却是一样的，那就是通过限制和削弱专业人士的权力来改变初始市场的权力格局。尽管如此，实际情况远比理论分析复杂得多。由于市场发育程度和政府干预程度的不同，对初始市场的改变也不一样。这是各国医疗改革所面临的制度环境。

在我国，医疗服务市场的权利分配有一个鲜明的特点，那就是政府处于绝对的强势地位，而且这种强势地位是难以改变的。

首先，从政治体制来看，我国是一个传统的中央集权的国家，中央政府有至高无上的权威。它不仅对制度安排和政策路径有决定性影响，而且对机构和个人的行为也有导向性的影响。在这种政治架构下，即使医疗保障制度按市场机制来运作，政策导向对市场中的权利分配也有至关重要的影响。如果行政权力运用不当或决策失误，很容易造成市场机制的扭曲，加剧医疗保健市场中市场失灵的情况。如现行医疗保障制度中出现的“看病难”问题在很大程度上与我国医疗卫生资源的配置不合理有关。

其次，从医疗机构的所有制形式和医生等专业人士的隶属关系来看，政府有绝对的话语权和影响力。因为我国的医疗资源几乎都为国有的医疗机构所垄断，而绝大多数医疗卫生服务的专业人士都是隶属于这些机构，并从这些机构领取薪资、享受福利的工作人员。因此，行政权力对医疗机构的运作，甚至是专业人士的临床决定都有至关重要的影响。但从另一方面来讲，政府与医疗方又是一个利益共同体。这种利益关系不仅强化了个体消费者在医疗保健市场中的弱势，而且也制约了私人医疗保险的发展。^③由于私人医疗机构对市场的结构和变化非常敏感，而国有医疗机构对行政手段比较敏感，因此，在政策工具的选择上，我国应与医疗资源私有化的国家有所不同或侧重。如果两者的政策反应和政策工具的使用趋同的话，那肯定有一个国家的做法是值得商榷的。我国目前的医疗保障制度曾被一些学者贴上“美国模式”的标签或“诊断”为“美国病”，尽管对这一判断尚需作深入的分析，但它至少说明，市场发育程度和权力结构完全不同的中美两国在医疗保障方面有一些共同的制度特征，其中市场化都被认为是医疗保障制度中种种弊端的“罪魁祸首”。虽然市场是配置资源最有效的手段，而且公有制也不排斥市场，但在公有制的体制下，过分倚重市场，甚至让一个权利结构严重失衡的市场自然发展下去，其结果只会加剧市场失灵。从此意义上讲，这也是一种逻辑悖论。

再次，从医疗保障的提供来看，政府是主动的，私人财政所代表的民众是被动的。这种格局与我国的福利文化有一定的关系。所谓福利文化，是指长久以来形成的社会对福利的看法以及相应的行为方式。一方面，在中国传统文化中，“国”与“家”同构，政府对国民的保护就如同家长保护其子女，因此，我国的福利文化有着浓厚的家长制国家福利的色彩。但另一方面，政府在提供福利时是比较保守的，而更多地将责任转嫁给个人、家庭、单位和社会。这主要是因为在中国传统的价值观中，从政府那里获取福利从来不认为是公民应该享受的权利，政府保障民众的生活和社会安宁只是履行一种道德义务，因此，家长制国家福利传统更多地存在于人们的观念之中，它的实际意义已大大打了折扣。而在权利观普及的西方社会，民众对政府的期望很高，政府必须对选民的公共福利诉求做出回应。当然，美国是一个例外。由于美国社会对政府的偏见、对政治家的不信任和对私人或市场决策的偏好，决定了政府在医疗保障中的作用是被动的、补缺的。因此，就中美两国而言，尽管政府在医疗保障制度中的介入程度都相对有限，但它们的价值基础不同，反映的福利文化也不一样，这在一定程度上也决定了两国

在医疗保障制度的逻辑定位方面应该有所区别。

最后,从政策路径来看,与我国中央集权的政治体制相对应,包括医疗改革在内的政策制定基本上走的是一条相对封闭、自上而下的道路。^④这一路径在利益的协调、政策的通过等方面简单易行,但在信息收集、议程设置、方案规划的过程中由于群众参与不够,影响了政策的科学性,同时也是导致政策不稳定的重要原因。

在一个政府处于绝对强势地位的环境中,医疗保障制度的建立必须首先考虑和充分发挥政府的作用。政府作用的发挥体现在两个方面,一是建立以政府为主导的公共医疗保险计划,并以公共财政为支撑;二是通过一定的社会控制机制干预医疗服务市场,降低信息成本。在中国,政府干预医疗服务市场最有效的工具就是建立针对医疗机构和专业人士的科层制度,以行政手段将信息成本最小化。而市场机制只是政府之外的次优选择。因此,在我国的制度环境下,公共财政+科层制度+市场机制是我国医疗保障制度应有的逻辑。

三、医疗保障制度的沿革与制度逻辑的扭曲

长期以来,我国实行的是城乡分割的二元医疗保障体制。从城镇和农村医疗保障制度的变迁来看,我国医疗保障制度经历了从公费医疗和劳保医疗到社会医疗保险,从传统的农村合作医疗到新型农村合作医疗的转变。虽然医疗保障的二元体制没有改变,但制度的逻辑却发生了变化。前者遵循的是公共财政+政府管制的逻辑,而后者遵循的是私人财政^⑤+市场机制的逻辑。这是两种截然不同的理念和逻辑,由此形成的制度模式和产生的政策后果也不一样。因此,我国在不同时期实行的医疗保障制度反差很大。

尽管计划经济时代和社会主义市场经济条件下医疗保障模式的制度逻辑不一样,但它们都存在一个共同的问题,那就是逻辑的悖论。依照前一种制度模式的逻辑,它应该是一种完全由政府主导和支持的制度,但实际运行的结果却并非如此。虽然政府通过强制性政策工具^⑥决定了医疗保健的传递和融资制度,但政府却放弃了两个非常重要的责任,一是由政府财政为医疗保障制度提供经费保障;二是通过严格的监管控制医疗费用。由于政府责任的缺失,导致了传统医疗保障制度的财政极不稳定。一方面医疗资源浪费严重,医疗费用增长过快;另一方面,由于财政责任的分散,导致了不同企业和单位之间医疗负担畸轻畸重,医疗经费没有稳定的保障。这种逻辑的悖论及其所带来的后果随着社会主义市场经济体制的建立愈显突出,实行制度转型自然是题中之义。

以1998年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》的下发为标志,我国建立了以部分城镇人口为保障对象的新型医疗保障制度。这一制度迄今已运行了近十年的时间。新旧制度的根本差异在于制度逻辑的不同。但筹资模式由公共财政转向私人财政未免矫枉过正,而且在终止旧的逻辑悖论的同时,新的逻辑悖论已然形成。由于在现行医疗保障制度中,私人财政是主要的融资方式,而且我国医疗领域的私人财政由数以亿计的彼此独立的个体消费者组成,^⑦这使得消费者在同医疗机构的博弈中处于极为不利的地位,更何况多数医疗机构都是同质的(即国有的)。因此,私人财政无法影响医疗卫生服务的传递,在没有第三方牵制和干预的情况下,消费者从一开始就注定是输家。在这种制度格局中,政府的作用比以往更重要。但不幸的是,政府这一次又缺位了。一方面医疗机构的所有制形式基本没有改变,但政府的投入却逐年下降。另一方面,政府职能部门监管不力。这两个方面是有联系的。为了弥补政府投入的不足,政府就出台相关政策或放松监管,让非营利性的公立医疗机构按市场机制运作。在这种政策导

向下，再加上管理体制不顺^⑨和利益关系的复杂性，政府的监管就很难到位了。因此，新制度刚刚运行几年，公平性、可及性和费用问题就暴露出来，并且不断恶化，社会不满和各种批评与日俱增。新制度实施所带来的社会后果和所引起的社会反响不应简单地被认为是制度转型所导致的社会震荡，而是新的制度逻辑与悖论所产生的必然结果。

制度的逻辑是由一定的制度环境决定的。构成我国医疗卫生领域权力基础的主要要素之间的权力分配以及相应的制度架构和文化传统在很大程度上决定了我国医疗保障模式的选择。传统的和现行的医疗保障模式中出现的制度逻辑扭曲的情况，都与解读制度环境的准确性与有效性有关。因此，要解决我国医疗保障制度中突出的公平性、可及性和费用问题，必须重新审视我国医疗保障决策的制度环境，调整制度安排的逻辑，进而建立合理的医疗保障模式。

四、制度环境的“变”与“不变”及其政策意义

在传统的权力分配格局没有根本改变的情况下，我国医疗保障制度的政策环境出现了一些新的变化，主要表现在：

第一，随着财税体制的改革，政府的财力不断增强。从图1可以看出，国家财政收入的增长速度不仅远远快于国内生产总值（GDP），而且也明显快于居民收入的增长速度，2007年财政收入的增长率高达32.4%，约为GDP增长率的3倍和居民收入增长率的2倍。政府相对于私人财政的优势得到巩固和加强。

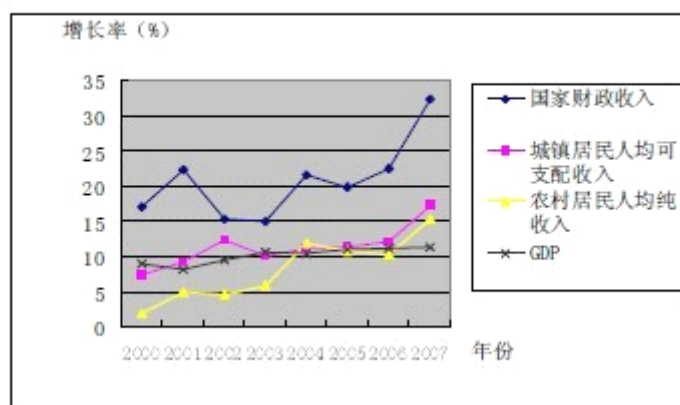


图1 财政收入、居民收入和GDP的增长情况：2000-2007年

资料来源：2000-2006年的增长率根据国家统计局编：《中国统计年鉴（2007）》，中国统计出版社2007年，第279页，表8-1，第345页，表10-2，第26-27页，表2-3的数据计算而来；2007年的数据来自 http://news.xinhuanet.com/fortune/2008-01/24/content_7485380.htm 和 http://www.mof.gov.cn/news/20080305_3482_31820.htm。

第二，私人部门的组织化程度在加强。一方面公共医疗保险计划覆盖的人口数量稳步增加，^⑩另一方面参加商业医疗保险的人口数量快速上涨，商业医疗保险的参保率由1998年的1.9%增长到2003年的7.6%（见图2）。保险覆盖率的提高意

味着私人部门组织化程度的加强,这在一定程度上有助于改变以往单个消费者与医疗组织和医疗机构不平等“对话”的市场格局。

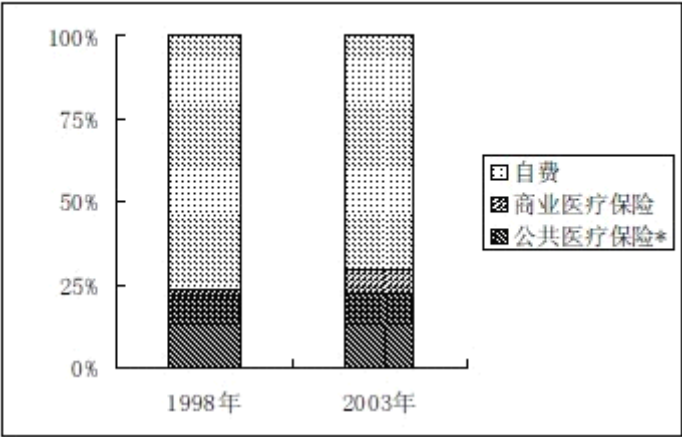


图2 1998年和2003年居民医疗保障方式

说明：* 公共医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、公费医疗、劳保医疗、合作医疗以及其他社会养老保险。

资料来源：卫生部统计信息中心编：《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》，中国协和医科大学出版，2004年，第16页，表2-1-15。

第三，医疗机构多元化。一方面民营资本进入医疗卫生领域，它们或者直接开办医疗机构，或者参与公立医院的股份制改造；另一方面营利性的医疗机构开始出现。这两方面都会增加医疗机构之间的竞争，给医疗服务市场带来十分微妙的影响。

以上变化不仅没有改变政府的权威和强势地位，相反，经济实力的增强使政策工具多样化，政府管制和调控的手段可以更加灵活。而私人部门组织化程度的加强和医疗机构之间竞争的加剧将削弱医疗机构和专业人士的主导地位，改变医疗服务市场中信息不对称的状况。虽然这种改变难在短时间内取得明显成效，但它应该是医疗改革的一个方向。

考虑到我国制度环境的特点与变化趋势，我们认为，我国医疗保障制度改革应遵循公共财政+科层制度+市场机制的制度逻辑。具体来讲，我国医疗保障制度应体现以下三个取向：^{[8] (P34-37)}

第一，逐步加大政府融资的比重，向以公共财政为主的医疗保障模式过渡。目前我国公共卫生支出占卫生总费用的比例仅为15.2%，^{[9] (P549)} 这一比例不仅远远低于世界的平均水平（61.8%），而且连最不发达国家的平均水平（59.3%）也赶不上。^{[10] (P62)} 我国现行医疗保障制度中出现的公平性问题、非营利医疗机构的市场营利行为及其带来的种种后果等在很大程度上都与政府的投入不足有关。加大政府投入有多种模式选择，其中，由公共财政资助国民的基本医疗保险或基本的医疗卫生服务的做法^⑥最具成本效益，这样做既可向全体国民提供基本的医疗保障，解决由于医疗保险的缺失所带来的公平性问题和一部分人的财政可及性

问题。同时也可将分散的消费者组织起来,以改变市场力量的格局,这既有利于市场力量的平衡,以弥补医疗市场的先天不足,达到控制费用,提高质量的目的,又有利于提升和保护消费者的话语权。

第二,加强政府对医疗机构以及医疗机构内部的科层式管理。医疗机构是医疗费用的主要发生地。而隶属于各类医疗机构的医生对医疗费用有至关重要的影响。这种影响不仅体现在医生的收入对医疗服务价格的直接影响,更为深远、更难估算的是医生对医疗费用的间接影响。有研究表明,用于医生的费用虽然只占卫生总费用的1/5,但他们可以影响70%的支出。^{[11] (P397-407)}但是,由于医疗服务市场的特殊性,完全靠医生来控制费用远非万全之策,因为医生常常处于失控的状态。^[12]因此,政府干预医疗服务市场,从外部加强对医疗机构和医生的管理,并通过有效的传导机制强化医疗机构内部的管理是解决我国医疗保障制度中费用高企问题的重要途径。这不仅是规范的经济学研究所要求的,它更符合我国医疗卫生体制的特点。如何管理医疗机构和医生也有多种选择。通过行为定位

(behavior-orientation)和产出定位(outcome-orientation)^{[13] (P37-60)}双管齐下的方法来进行管理不失为一种好的选择。所谓行为定位,就是通过行政权力的介入,对医疗机构的管理者和医生进行考评,将其职位的变动、荣誉的获得等与其管理行为和医疗行为挂钩,使他们对其行为负责;所谓产出定位,就是让医疗机构和医生直接面对治疗成本,将其置于一定的财政风险之下,改变以往多收费多受益的激励方式。

第三,审慎引入市场机制。从发达国家医疗保障制度改革的经验 and 趋势来看,除了美国依然坚守市场的传统外,其他建立了全民医疗保险的发达国家对市场的引入都非常谨慎。因为市场与社会弱者、福利与利润最大化从来就不是好伙伴。而且在医疗服务市场中有“天生”的强者和弱者。尽管我国不可能建立像美国一样的以市场为主导的医疗保障制度,但并不是说政府就可以包办一切。“哪里没有竞争,那里就没有足够的激励来刺激节俭和效率”。^{[14] (P24)}而且政府干预也有“失灵”的时候。因此,适当引入市场机制,对于矫正“政府失灵”,维持医疗保障体系的活力,提高医疗保障制度的效率十分必要。以费用控制为例,我们认为,导致我国医疗费用快速上涨的主要原因是医疗服务和医疗产品的供给方的低效和浪费;而费用上涨的成本主要由消费者承担。在现行体制下,由于缺少必要的约束机制、激励机制和竞争机制,使供给方没有压力和动力来控制成本,减少暴利;而个体消费者也不可能组织起来形成社会压力,以致于高增长的费用压制了社会的医疗需求,从而潜伏着巨大的健康风险和费用危机。可以说,我国现有的政府干预没有改变医疗市场上消费者的弱势地位,而供给方的欲望却膨胀了。鉴于我国费用问题的特点是供给方获利太多,我们认为,可以从两个方面通过运用市场竞争的方法来约束或减少其获利。一是改变支付方式,将传统的按服务量付费的支付方法转变为预期支付方法,或按人头付费,或按病种付费,或多种付费方式并存,相互竞争,这样既可以培养医疗机构控制成本的自觉性,又可削弱供给方的强势地位;二是在不同的医疗机构(包括营利和非营利医疗机构以及不同所有制形式的医疗机构)、不同的保险计划(包括政府主导的社会保险计划和商业医疗保险计划)之间引入竞争,扩大消费者的选择权和决策范围,鼓励质优价廉的医疗机构和保险计划的发展。当然,这样的改革能否成行还有很大的疑问,毕竟在目前的体制下获利最多的大都是国有的机构。同时,新的医疗卫生体制的形成以及公众学会选择都需要时间。

不管怎样,选择和建立新型医疗保障模式离不开政府的主导与干预。毕竟在

我们的制度和文化中，政府相对于市场是强势的。以往的和现行的制度所暴露出来的许多问题都与政府的角色定位有关。这不符合我们制度的逻辑。

- ①制度运行结果的“好”“坏”主要体现在社会的支持率和成本的最小化程度两个方面。
- ②阿罗的文章（Kenneth J. Arrow, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, The American Economic Review, December 1963, Vol. 53, No. 3:41-73）是这一分析的经典之作。
- ③这种情况对公共医疗保险计划影响较小，因为我国公共医疗保险计划的经办机构也是国有的，在政府看来有一种利益认同。
- ④令人欣喜的是，传统的政策制定模式正在发生变化。相关论述请参见王绍光：《中国公共政策议程设置的模式》，《中国社会科学》2006年第5期。
- ⑤尽管有一部分公共财政，但现行制度的融资以私人财政为主。
- ⑥包括制定一系列有关劳保医疗和公费医疗的规章制度，控制绝大多数的医疗机构和医务人员。
- ⑦据第三次国家卫生服务调查，我国城市地区没有任何医疗保险的人口占44.8%，农村地区占79%（卫生部统计信息中心编：《中国卫生服务调查研究：第三次国家卫生服务调查分析报告》，中国协和医科大学出版社2004年版，第93页）。这些没有任何医疗保险的城乡居民就医完全是自费。
- ⑧目前的公立医院分别隶属于各级政府、部门、行业和企业，卫生部门管理的医院仅占全国医院总数的51%；而且目前各级卫生部门都没有专门监管医院的机构（《卫生部长高强作关于我国医疗卫生改革的报告》，卫生部网站，2005年7月1日）。
- ⑨随着新型农村合作医疗的发展和城镇居民医疗保险制度的建立，公共医疗保险的参保率将大幅提高。
- ⑩这一类做法又有多种模式，如建立统一的全民医疗保险制度；或按人群、按区域建立不同的医疗保险制度；或仅提供基本的卫生保健服务等。

[参考文献]

- [1] Jacob S. Hacker, “The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy”, Studies in American Political Development, 12 (Spring1998): 57 - 130.
- [2] 马克思恩格斯选集（第4卷）[M]. 北京：人民出版社，1972.
- [3] 马克思恩格斯选集（第1卷）[M]. 北京：人民出版社，1972.
- [4] 马克思恩格斯全集（第4卷）[M]. 北京：人民出版社，1958.
- [5] 马克思恩格斯选集（第3卷）[M]. 北京：人民出版社，1972.
- [6] 马克思恩格斯选集（第2卷）[M]. 北京：人民出版社，1972.
- [7] Carolyn Hughes Tuohy, “Dynamics of a Changing Health Sphere: The United States, Britain, and Canada” [M]. Health Affairs, May/June 1999,

Vol. 18, No. 3.

[8]张奇林, 杨红燕著. 中国医疗保障制度改革研究——以美国为借鉴[M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2007.

[9]中国卫生年鉴编辑委员会编. 中国卫生年鉴(2004) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004.

[10]王绍光. 中国公共卫生的危机与转机. 载吴敬琏主编. 比较·第七辑[M]. 北京: 中信出版社, 2003.

[11]Howard L. Smith, Myron D. Fottler, and Borje O. Saxberg, “Cost Containment in Health Care: A Model for Management Research”, The Academy of Management Review, Vol. 6, No. 3, Jul., 1981:397-407.

[12]Kennelth J. Arrow, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care” .

[13]Peter C. Smith, etal., “Principal-agent Problems in Health Care System: An International Perspective”, Health Policy, 41(1997):37-60.

[14]雅诺什·科尔奈, 翁笙和. 转轨中的福利、选择和一致性: 东欧国家卫生部门改革[M]. 罗淑锦等译. 北京: 中信出版社, 2003.