

医药卫生体制改革主流理论演进及启示

贺红权^{1,2}, 刘伟¹, 吕红¹

(1. 重庆大学经济与工商管理学院, 重庆 400044; 2. 西南大学经济管理学院, 重庆 400715)

摘要:围绕政府、市场二者关系的定位和调整的理论解释构成医药卫生体制改革的主流理论,对这一主流理论及演进的评述表明:中国新一轮医药卫生体制改革之争中的“政府和市场”之争与“补贴”之争,其实是围绕医药卫生体制改革主流理论的主要方法和理论假设合理性的争论;在历经了“政府与市场”之争和“补贴”之争之后,中国新一轮医药卫生体制改革的实践将深层次地触及权利在医药卫生体制各环节内、各层次上的配置及调整。这一结论启示:在中国新一轮医药卫生体制深化改革进程中,“产权”应当成为有效解释和指导政府、市场二者关系的定位及调整理论分析的基本工具。

关键词:医药卫生体制改革;政府和市场;产权分析

中图分类号:F061.4 **文献标志码:**A **文章编号:**1008-5831(2012)01-0029-07

作为社会各领域改革的核心问题——政府、市场二者关系的定位和调整,也是医药卫生体制改革各种理论力图探讨和多数政策实践力图解决的主要问题。正因为如此,中国医药卫生体制改革的理论探讨和政策实践,似乎总要解答医药卫生体制的运行到底应当由市场主导,还是应当由政府主导的问题,而围绕问题的争论便产生了所谓的“政府与市场”之争。在老百姓“看病难”和“看病贵”日益凸显为与中国社会主义和谐社会建设目标极不协调的头号社会问题,以及在政府应加大对医药卫生领域的投入逐步成为社会各界的共识之后,“政府与市场”之争还深入发展为“补需方”与“补供方”之争^[1],并掀起了中国新一轮医药卫生体制改革的浪潮,促成了指导改革的纲领性文件——《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(后文简称“意见”)的最终出台^[2]。

围绕政府、市场二者关系定位和调整的理论解释构成医药卫生体制改革的主流理论^[3-5]。其中,围绕政府、市场二者关系定位的各种理论解释可追溯自 Arrow^[6]基于福利经济学方法论背景的研究成果(笔者称其为“福利经济学解释”),围绕政府和市场二者关系调整的理论解释主要体现在经合组织^[7-8]和代表性学者 Anne Mills^[9]、Chernichovsky^[10]、顾昕^[5]、蔡江南和胡苏云等^[11],基于制度比较方法论背景的类型学解释(笔者称其为“类型学解释”)之中。笔者力图通过对医药卫生体制改革这些主流理论内容的评述,揭示“政府和市场”之争与“补贴”之争的理论本质,并通过医药卫生体制改革主流理论演进趋势的分析,揭示中国新一轮医药卫生体制改革将触及的深层次理论问题,演绎能够有效解释中国医药卫生体制深化改革进程中政府、市场二者关系的定位及调整的理论分析工具。

收稿日期:2011-05-26

作者简介:贺红权(1968-),男,重庆大学经济与工商管理学院博士研究生,西南大学经济管理学院讲师,主要从事产权理论与实践研究。

一、医药卫生领域内政府和市场关系的福利经济学解释及述评

众所周知,西方经济学界普遍把帕累托最优当成资源配置的效率标准,而根据福利经济学第一定理,完全竞争市场的均衡结果符合帕累托最优的效率标准,根据福利经济学第二定理,资源在任何初始分布状态下都可以通过完全竞争的市场机制实现帕累托最优的效率结果。尽管帕累托最优在中外学界尚存在价值评判方面的歧义^[6,12],而完全竞争市场机制配置特定社会背景中经济资源的均衡结果,因社会福利函数不能形成于存在偏好差异的社会群体而难以从理论上加以确定^①,但包括 Arrow^[6]在内的西方学者仍然主要从现实经济运行的实际前提偏离完全竞争模型假设条件的角度,去寻求微观经济政策,从而划分出政府和市场有效作用的范围和边界,Arrow^[6]为此将政府和市场关系福利经济学解释的方法论背景创造性地运用到了医药卫生领域。

(一) 医药卫生领域内政府和市场关系的福利经济学解释

在《不确定性和卫生保健的福利经济学》一文中,Arrow首先归纳了医疗市场有别于一般商品市场的特殊性,如人本身健康状态的不确定性和医疗服务供给方存在进入障碍等,这些特殊性决定了医疗供求是不确定的;其次,Arrow认为即便在确定性的前提下,医疗市场中相关个体的行为与完全竞争模型中个体行为之间也存在差异,为此,他展开了基于确定性假设前提下医疗市场中相关个体的行为与完全竞争模型中个体行为之间差异的研究;最后,Arrow基于不确定性的假设,从个体行为和假设条件两个方面比较了医疗市场与完全竞争市场模型的差异。总之,Arrow在其经典论文中的研究力图通过医疗市场有别于一般商品市场的那些特殊性,去解释医疗市场与完全竞争模型假设条件的差异,并以此为基础去解释医疗保健市场失灵的那些替代机制(如政府和社会)。

Arrow^[6]认为,“导致医疗市场失灵的、有别于一般商品的所有特殊性事实上根源于医疗市场不确定性的普遍存在”。为此,他从规避因不确定性而存在社会福利损失风险的角度^②,根据期望效用函数描述的理想保险原则,结合道德风险、第三方支付和逆向选择行为对医疗保险市场的影响,建立了最优保险政策的理论模型,从而奠定了他对医疗保健市场失

灵替代机制的分析框架。

鉴于模型中的保险范畴涵盖了 Buchanan 等^[13]所说的税收、财政支出和私人慈善等再分配具有的收入保险内涵,因此,模型实际上强调应通过卫生资源初始分布状态的改变来解决医药卫生领域内市场失灵的问题,而包括政府在内的非市场力量就被理所当然地当成是卫生资源初始分布状态的改变力量。由此可见,Arrow^[6]实际上基于前述方法论背景,将政府和市场关系的福利经济学解释创造性地运用到了医药卫生领域。

(二) 政府和市场关系的福利经济学解释述评

基于 Arrow^[6]的上述开创性工作,西方经济学家一方面主要按基于个体理性假设的供求均衡分析范式去解释医药卫生领域相关产品、服务的数量和价格的决定^[14],从而创立了新古典理论的一个运用分支——卫生经济学^[4],另一方面又借助公共利益理论和特殊利益集团理论^[3]去解释政府在医药卫生体制中的地位和作用,即把政府当成是公共卫生服务(公共产品)的提供者、反垄断力量的管制者和立法者、各种利益集团之间利益的再分配者等等,从而把医药卫生领域内政府和市场关系的福利经济学解释推向深入。

然而,医药卫生领域在普遍存在 Arrow^[6]等西方经济学者所谓市场失灵的同时,往往还还存在汪丁丁^[15]等所谓的政府失灵,与此同时甚至还存在石光等^[16]所谓的志愿者失灵,把政府和社会等当成是市场失灵的替代机制的福利经济学的传统分析范式,显然在逻辑上并不能彻底地解释市场失灵。这正是基于公共利益理论和特殊利益集团理论的政府和市场关系解释难以让国内学者^[17]信服的根源所在。

鉴于福利经济学把政府假定为社会福利的天然代表者,而除政府之外的其他个体则是利益或效用的最大化者,因此,基于公共利益理论和特殊利益集团理论的政府和市场关系解释,或基于政府和市场关系的福利经济学解释,之所以难以令人信服,主要是因为政府和市场作为经济社会运行中两种客观存在的主要力量,而政府在现实中往往又是有着特定利益体现和利益要求的职能部门和官员个体,因此,相关的质疑其实是对福利经济学有关政府是福利天然代表者的质疑,是对关于政府是资源初始配置改变者抽象主体属性假定的质疑。

①根据 Arrow(1950)的不可能性定理,不能从不同的个人偏好中合理地形成所谓的社会偏好。

②显然,也是从应对市场失灵的角度。

另外,无论是所谓的政府失灵,还是所谓的市场失灵,乃至所谓的志愿者失灵,都只是基于静态分析得到的结论,从动态的角度考察,所有的这些“失灵”现象都在不断地产生而又不断地得以解决^③,把政府等当成是对市场机制失灵的替代机制的福利经济学解释显然无法超越静态分析的局限,从而不能对医药卫生体制转型进程中政府和市场关系的动态调整给出合理解释。

二、医药卫生领域内政府和市场关系调整的类型学解释及述评

对世界各国各地区医药卫生体制转型的比较研究表明,自20世纪70年代以来,全球医药卫生体制转型呈现所谓“医疗保障体系走向普遍覆盖、医疗服务体系走向有管理的市场化”的大趋势^[19]。为此,经

济合作组织(以下简称“经合组织”)和代表性学者曾借助逐步建立和完善的医药卫生体制的类型学模型,力图通过医药卫生体制转型进程中政府和市场关系调整的理论解释,为世界各国、各地区(尤其是发展中国家和地区)的医药卫生体制转型改革提供理论指导。

(一)政府和市场关系调整的类型学解释

按政府介入医疗服务筹资和医疗服务提供两个维度的程度与方式,经合组织和相关代表性文献对各式各样的医药卫生体制进行分类,逐步建立了医药卫生体制的二维类型学模型^[7-9]。鉴于类似分类曾忽视了筹资维度中强制储蓄和社群筹资两种模式,顾昕^[5]在国外学者的基础上完善了医疗卫生体制的二维类型学模型(表1)。

表1 医药卫生体制的类型学模型(I):以筹资和服务提供者的组织模式不同来划分

	国家		民营	
	1. 公立机构		2. 私立非赢利性组织	3. 私立赢利性组织
A. 国家出资	A1(如英国) 免费医疗服务 全民健康服务		A2 医疗救助制度	A3
B. 强制保险	B1		B2 全民健康保险(加拿大) 社会保险(德国)	B3
C. 强制储蓄	C1(如新加坡) 个人医疗帐户		C2	C3
D. 自愿保险	D1(发展中国家)		D2(美国) 社群保险	D3 商业保险
E. 病人自付	E1		E2	E3

资料来源:顾昕. 中国城市医疗体制的转型:国家与市场关系的演化[M]//吴敬链. 比较(第19集). 北京:中信出版社, 2005:34。

在表1中,筹资这一维度包括政府出资、强制保险、强制储蓄、自愿保险和自付费用五种亚类模式,服务提供这一维度包括公立机构、私立非盈利性组织和私立赢利性组织三个亚类模式,两个维度上不同亚类模式的15种组合就代表理论上可能存在的不同医疗卫生体制类型。顾昕认为这15种理论上存在的类型在现实世界中都可以找到实际的例证,如A1、A2、A3模式可以被统称为“免费医疗模式”,医疗服务的费用由国家支付,国家又通过税收筹资,而根据免费惠及人群的不同,该模式又可分为英国、前苏联和东欧社会主义国家盛行的“全民健康服务”与美国采用的医疗救助模式,等等。

与表1所示二维类型学模型略有不同,Chernichovsky^[10]用图1中的横坐标和纵坐标来分别表示政府在筹资环节与服务提供两个维度的介入程度与参与方式,用图中坐标平面上的不同点来代表在筹资维度和服务提供维度具有不同政府介入程度和参与方式的医药卫生体制,这样,便可以刻画任何一种理论上存在的医药卫生体制,而不仅限于表1所能刻画的15种类型。

在图1中,横坐标表示政府在筹资环节的参与程度从左向右逐步增加,纵坐标表示政府在医疗服务提供环节的参与程度从下向上逐步增加,坐标区间内由政府筹资环节和服务提供环节介入程度组

^③这一表述受周其仁^[18]“就长期而言,……劣币不能真正驱逐良币”观点和思想的启发。

合而成的点便代表某一特定的医药卫生体制类型;区间右上角的点,代表了一种在服务提供和支付融资两方面同时实行高度集中的医疗卫生体制,蔡江南和胡苏云等^[11]认为这类似于中国改革前的医药卫生体制;区间左上角的点,代表政府集中服务提供和分散筹资相结合的体制,蔡江南和胡苏云等^[11]认为这类似于中国目前形式上的体制,即政府在服务提供环节管办不分、在筹资环节以私人现金支付为主的体制;区间左下角的点,代表了一种服务提供和筹资方式都是分散型的体制,蔡江南和胡苏云等^[11]认为这类似于中国目前实际的医药卫生体制;区间右下角的点,蔡江南和胡苏云等^[11]认为这代表了中国改革要建立的目标体制,即在筹资结构上突出公共性原则,而在服务提供方面强调竞争性原则的体制。

对于某国或某地区社会背景中的医药卫生体制而言,按上述方法界定了其进一步转型之前所属的类型之后,医药卫生体制中政府和市场的关系,因政府在费用筹集维度以及在医疗服务提供维度的参与

程度和参与方式似乎也得以明确,其进一步的调整似乎就应当从既有的状态向“保障环节走向普遍覆盖、服务提供环节不断增强竞争性”的路径演进,这就是政府和市场关系调整类型学解释的主要思想。如蔡江南和胡苏云等^[11]及顾昕^[19]实际上都认为,中国医药卫生体制的深化改革应沿图1所示路径进一步在筹资和服务提供两个环节调整政府和市场之间的关系,即政府应加大对保障环节的投入,减少对医疗服务的直接提供参与程度。

(二)政府和市场关系调整的类型学解释述评

根据政府和市场关系调整类型学解释的上述思想,基于如表1或如图1所示的二维类型学模型,人们常常从制度比较的角度,通过医药卫生体制的类型及不同医药卫生体制演进共同趋势之间的比较,经验性确定出某特定类型医药卫生体制转型进程中政府和市场关系调整的方向和程度。然而,二维类型学模型对于医药卫生体制转型进程中政府和市场关系调整的解释尚存在以下问题。

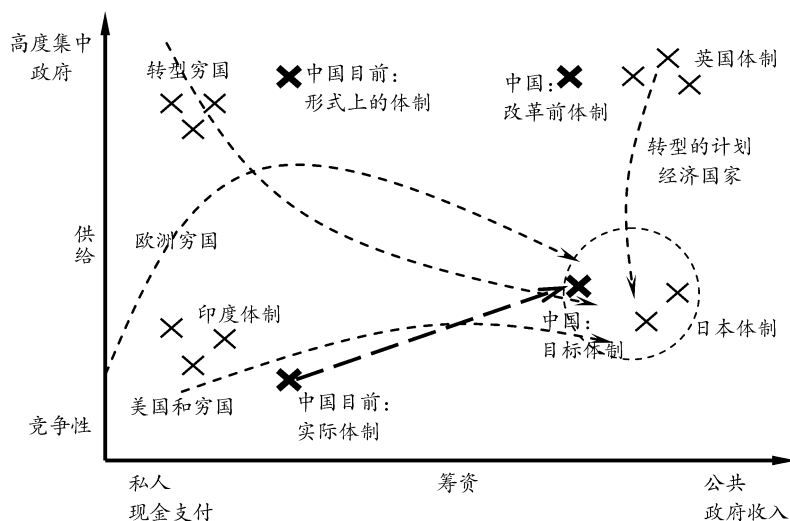


图1 世界和中国医药卫生体制改革趋势

资料来源:Chernichovsky, 2006; 蔡江南、胡苏云等,2007。

首先,在对医药卫生体制进行的分类方法中,二维类型学模型潜在地假定政府无论介入费用筹集环节,还是介入服务提供环节,它都是公共利益或社会公平的天然代表者,从而也是市场失灵问题的解决者,这一假定显然承袭了福利经济学有关政府和市场主体属性的假定,但如前所述福利经济学有关政府主体属性的这一假定已经遭到质疑。

其次,由于医药卫生体制改革总要涉及医药卫生领域内彼此关联的三个内部环节,即总要涉及张立军^[20]等所谓的“三医”——医药产品(含医疗器械)的

形成和递送、医疗服务的形成和递送及医药保障服务的形成和递送三个环节^④,而类型学仅仅凭政府介入其中的两个环节——筹资(医药保障)和医疗服务提供环节的程度与方式,显然难以全面地体现政府在医药卫生领域各环节内的参与程度与方式及变化,要彻底表达政府参与程度与方式及其变化,应深入医药卫生体制的内部构成和内部构成之间的内在联系。

最后,由于医药卫生体制总要与其所属的、具有更大的体制结构和文化等因素的社会环境嵌套演进^[21],因此,政府介入医药卫生领域各环节的程

④在这些文献中,“三医”还顺次被简称为“医药”、“医疗”和“医保”。

度与方式要到社会环境的约束,政府介入医药卫生领域各环节程度与方式的变化取决于社会环境演进产生的机会,而类型学模型显然没有从包括政府在内相关主体的选择所面临约束条件和机会空间的角度,去解释政府介入医药卫生领域的程度、方式及变化。

三、医药卫生体制改革主流理论演进

如前所述,政府和市场关系的福利经济学解释因无法解释各种失灵的同时存在,从而具有不能合理解释医药卫生体制转型进程中政府和市场关系调整的局限性。二维类型学模型尽管以支持医药卫生体制转型进程中政府和市场关系调整的理论解释为直接目的,但对政府和市场关系调整类型学解释存在问题的上述分析充分表明,要对医药卫生体制转型进程中政府和市场关系及调整予以解释,尚需要从更为合理的视角去界定包括政府部门和政府官员在内的各类行为主体的主体属性,以及尚需要从医药卫生体制内部构成和内外联系的角度去表达各类主体行为选择的约束条件和机会空间。

(一)对医药卫生领域内政府和市场的关系及调整的定性表达

受张五常先生^[22]有关“鼓励市场专业分化是中国医改的主要出路”观点的启示,我们可以从分工的角度把包括政府部门和政府官员在内的各类行为主体

统统地界定为分工活动的参与者和相关分工利益的追逐者。同时,鉴于医药卫生领域内的问题及其解决应直接体现为相关产品和服务能否在“三医”各环节微观基础内有效形成,以及能否在“三医”之间合理递送,我们可进一步从分工的角度去表达“三医”各环节内独特的分工结构和“三医”之间存在的独特内部联系,以及在每个环节按微观基础、管理体制和有关立法三个层面去讨论各类行为主体对各类分工活动的选择;另外,鉴于医药卫生体制总要与特定的社会背景嵌套演进,为此,我们可再进一步将医药卫生体制内部构成与内部联系的表达置于其所属的特定社会背景之中,按医药卫生体制与社会体制背景嵌套作用形成的各环节、各层面上各类分工活动中的权利分布及变化去讨论各类行为主体选择的约束条件及改变,按社会发展进程及变化决定的公民医药卫生及保障服务需求及变化所蕴涵的支付意愿及变化去表达各类行为主体选择的机会空间。

结合对政府和市场关系调整类型学解释存在问题的上述剖析,针对医药卫生体制与其所属社会背景嵌套作用的第 t 转型进程,考虑该发展进程中公民个人偏好、社会偏好和技术条件等因素对相关主体在“三医”各环节、各层次上选择相关分工活动的影响,则图2定性地表示了医药卫生领域内政府和市场的关系及调整的基本道理。

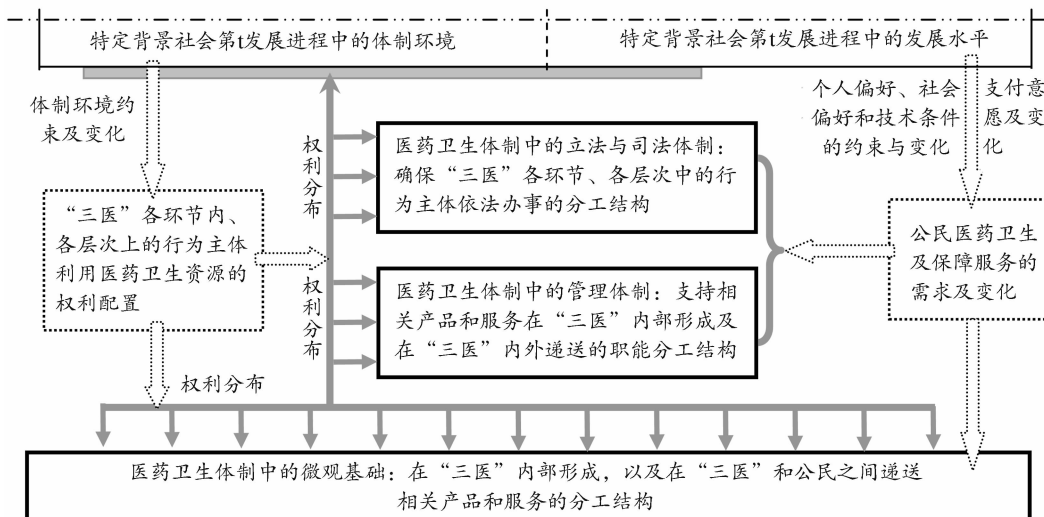


图2 医药卫生体制与其所属背景社会嵌套转型进程中政府和市场的关系及调整

(二)医药卫生体制改革主流理论的演进趋势

根据图2,政府和市场关系实际上是包括政府部门或政府官员在内的职能主体与微观主体在医药卫生体制各环节内、各层次上使用卫生资源的权利配置关系,政府和市场关系的调整则是职能主体与

微观主体在医药卫生体制各环节内、各层次上使用卫生资源权利配置关系的调整^⑤。

沿微观经济分析的方向,由 Coase^[23]所创立的,以及在他之后国内外学者逐步发展起来的新制度经济学^[24],其核心的思想强调在交易费用不为零的现

^⑤这里卫生资源显然指与公民个人和整个社会支付意愿有关的实际支付,如卫生财政投入及其引致的个人卫生支付。

实世界应从权利配置的角度,而不应简单地从因外部性等因素导致的市场失灵的角度去分析资源配置的效率。鉴于此,政府和市场的关系及调整也宜于从以产权为核心的制度安排及改变的角度去解释。因此,类似图2这种对政府和市场的关系及其调整的规范表达事实上揭示了医药卫生体制改革主流理论的进一步演进趋势,即从分工的角度去理解包括政府部门和政府官员在内各类主体的主体属性,把产权理论作为解释医药卫生体制转型进程中政府和市场的关系及其调整的理论工具。

四、中国新一轮医药卫生体制改革将触及的深层次问题

如前言所述,在“意见”出台以前,有关中国新一轮医药卫生体制深化改革的争论先后经历了“政府和市场”之争与“补贴”之争。其中,“政府和市场”之争中的政府主导论者坚持中国医药卫生体制的运行应当由政府去主导,以克服因市场失灵而导致的种种弊端,确保公立医疗机构,乃至确保整个医药卫生体制运行的公益性^[25],而相反的观点则坚持医药卫生领域存在包括政府失灵在内的多种失灵,因此,医药卫生体制的运行不能简单地以政府主导或市场主导论之^[1,17,26-27]。显然,“政府和市场”之争的焦点在于政府是否可以成为公共利益天然主体属性的代表,其结果因争论各方并不能合理解释各种失灵的同时存在,自然无法合理地解释政府和市场如何在转型中调整,从而难以克服静态分析的局限性。为此,我们可以认为“政府与市场”之争其实是针对政府和市场关系定位的福利经济学解释理论假设和主要方法合理性的争论。

另外,“补贴”之争中补供方的提出者和倡导者坚持主要由行政手段主导卫生财政的配置,其新增的卫生财政应着重投入到医疗机构,即应投入到所谓的“供方”,尤其是要投入到公立医疗机构中^[25]。而“补需方”的提出者则坚持采用市场手段,新增的卫生财政应优先投入到医药卫生的保障环节,即着重投入到所谓的“需方”,以确保第三方购买机制的形成和财政资源在市场机制主导下达到合理配置^[1]。显然,“补贴”之争,力图从服务提供和费用筹集两个维度阐释政府与市场有效作用的范围和边界及调整,其结果因没有从医药卫生体制合理的内部构成和内外联系的角度去表达各类主体行为选择的约束条件和机会空间,而没有形成对医药卫生体制

转型进程中政府和市场的关系及调整的规范表达。为此,我们可以认为“补贴”之争其实是针对政府和市场关系调整的类型学解释的主要方法和理论假设合理性的争论。

根据“意见”^[2]的精神,政府已经并将继续通过加大财政投入的办法推进中国医药卫生体制的深化改革进程,其中,财政投入的方向将兼顾所谓的需方和供方,以建立和完善医药卫生体制微观基础中的全民基本医药保障体系、医疗服务体系和基本药物提供体系,显然,这一精神融汇了从“政府和市场”之争到“补贴”之争争论各方的积极成果。同时,“意见”还明确指出医药卫生体制的深化改革应同时包括以服务与药品等价格形成机制为主要内容的微观改革,和以卫生大部制和“管办分离”为主要内容的管理体制的改革。另外,新近的文献研究还表明,尽管中国城乡各地已广泛建立了医疗保障体系^[28-29],但公立经办机构一统医疗保障体系的局面应随公立医疗机构的试点改革而改革^[30-31],而公立医疗机构改革和医疗保障体系改革的推进不仅将触及管理体制的改革,甚至还应触及立法与司法体制的改革^[32-33]。

鉴于中国新一轮医药卫生体制改革之争从“政府和市场”之争深入到“补贴”之争,体现的正是医药卫生体制改革所依托主流理论的演进,因此,全文针对医药卫生体制改革主流理论的述评及演进趋势分析,不仅为中国医药卫生体制的深化改革提出了一个如图2所示定性分析的基本范式,而且从理论上揭示了中国新一轮医药卫生体制深化改革将触及的深层次问题——权利在医药卫生体制各环节、各层次内的进一步配置和改变,而这就意味着“产权”理应成为有效解释和指导政府与市场二者关系的定位及调整^⑥,从而理应成为指导中国新一轮医药卫生体制深化改革进程中正在进行及即将展开各类实践的理论分析的基本工具。

参考文献:

- [1] 顾昕.“补供方”还是“养供方”[J]. 中国医院院长,2008(1):11.
- [2] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[EB/OL]. [2010-02-02]. http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm.
- [3] 雷克斯福特·E·桑特勒,史蒂芬·纽恩. 卫生经济

⑥一提及“产权”,国内学者往往就易陷入“公”与“私”之争的困境,这主要原于对“产权”的曲解,而这种曲解往往会把类似于医疗和教育等领域分析方法限制在所谓的公共产品或公益性理论。按产权理论(盛洪,2003),“产权”其实是因稀缺资源的使用而产生的那些关系或权责,也称“权利束”(the bundle of rights),因此,“产权”更是一种继新古典理论之后的一种经济分析方法。

- 学——理论、案例和产业研究[M]. 3版. 程晓明, 叶露, 译. 北京: 北京大学出版社, 2006: 239-282.
- [4] 高梦滔. 美国健康经济学研究的发展[J]. 经济动态, 2002(8): 65-68.
- [5] 顾昕. 中国城市医疗体制的转型: 国家与市场关系的演化[M]//吴敬琏. 比较(第19集). 北京: 中信出版社, 2005: 31-52.
- [6] ARROW, KENNETH J. Uncertainty and the welfare economics of medical care [J]. American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.
- [7] OECD. The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries [R]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1992: 19-27.
- [8] OECD. The reform of health care system: A review of seven OECD countries [R]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1994: 11.
- [9] MILLS A, BENNETT S, RUSSELL S. The challenge of health sector reform [M]. U. K. Palgrave: Hampshire, 2001: 22.
- [10] CHERNICHOVSKY. The high performance health system [C]//Presented at academy for health services research meeting. Seattle, US, 2006.
- [11] 蔡江南, 胡苏云, 黄丞, 等. 社会市场合作模式: 中国医疗卫生体制改革的新思路[J]. 世界经济文汇, 2007(1): 1-9.
- [12] 高鸿业. 西方经济学(微观部分)[M]. 4版. 北京: 中国人民大学出版社, 2008: 368-371.
- [13] BUCHANAN J M, TULLOCK G. The calculus of consent [M]. Ann Arbor, 1962.
- [14] 舍曼·富兰德, 艾伦·C·古德曼, 迈伦·斯坦诺. 卫生经济学[M]. 3版. 王健, 孟庆跃, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2004: 103-198.
- [15] 汪丁丁. 医生、医院、医疗体制改革[J]. 财经, 2005(144): 102-108.
- [16] 石光. 市场失灵、政府失灵和卫生改革[J]. 中国卫生经济, 2002(7): 14-16.
- [17] 余晖. 医疗改革: 政府“放权弃责”之过[J]. 经理人内参, 2006(15): 28-30.
- [18] 周其仁. 劣币真能驱逐良币吗[EB/OL]. [2008-09-30]. <http://zhouqiren.org/archives/417.html>.
- [19] 顾昕. 全球性医疗体制改革的大趋势[J]. 中国社会科学, 2005(6): 121-128.
- [20] 张立军. 医疗、医药与医保协调发展模式的构建[J]. 改革, 2006(3): 116-119.
- [21] 顾昕, 方黎明. 自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析[J]. 社会学研究, 2004(5): 1-18.
- [22] 张五常. 鼓励市场专业分化是中国医改的主要出路[EB/OL]. [2010-2-18]. <http://blog.ce.cn/html/72/105972-297880.html>.
- [23] COASE R H. The problem of social cost[J]. Journal of Law and Economics, 1960(3): 1-44.
- [24] 盛洪. 新制度经济学家和他们的理论——前言之一[M]//盛洪. 现代制度经济学(上卷). 北京: 北京大学出版社, 2003: 7-16.
- [25] 李玲. 反对医疗改革市场化[J]. 当代中国谋士, 2006(12): 37-39.
- [26] 刘国恩. 不要误读了“政府主导”[J]. 中国卫生, 2006(6): 24-26.
- [27] 刘国恩. 用科学发展观审视医改[J]. 中国卫生, 2008(6): 37-38.
- [28] 肖云, 孙晓锦. 新型农村合作医疗资金筹集机制研究[J]. 重庆大学学报(社会科学版), 2010(5): 8-12.
- [29] 邓燕云. 西部地区新型农村合作医疗制度持续发展的思考——基于四川、西藏新型农村合作医疗的调查[J]. 重庆大学学报(社会科学版), 2009(4): 17-22.
- [30] 赵曼. 管办分离是医药业“三改联动”的必由之路[J]. 经济管理, 2008(15): 57-60.
- [31] 顾昕. 公立医院药价虚高冲击医疗保险体系[J]. 中国医疗保险, 2010(9): 30-33.
- [32] 顾昕. 公立医院改革本质在于政府改革[J]. 中国医疗保险, 2010(3): 27-29.
- [33] 潘杰, 刘国恩. 卫生体制“管办”如何分开?[J]. 中国社会保障, 2010(9): 76-78.

Evolution of the Mainstream Theories of Health System Reform and Its Implications

HE Hong-quan^{1,2}, LIU Wei¹, LV Hong¹

(1. College of Economics and Business Administration, Chongqing University, Chongqing 400044; P. R. China;
2. School of Economics and Management, Southwest University, Chongqing 400715, P. R. China)

Abstract: Theoretical interpretation about the location and adjustment of the relationship between government and market which acts as the key transitional process of health system constitutes mainstream theories of health system reform. Reviews of the mainstream theories and its' evolution demonstrates: the disputes of “government vs. market” and “demand-side subsidizing vs. supply-side subsidizing” on the health system transition in the new era of China, are in fact the disputes on the rationality of the methodology and theoretical assumption used in the mainstream theories of health system reform; with disputes evolving from “government vs. market” to “demand-side subsidizing vs. supply-side subsidizing”, the practice of the health system reform in the new era of China will lead to profound redeployment and adjustment of rights in health system, so that “property rights” should be the basic theoretical tool to interpret and lead the location and adjustment of the relationship between government and market.

Key words: health system; the relationship between government and market; property rights economics analysis
(责任编辑 傅旭东)