

新时代新医改公共治理的范式转型

——从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会的互动协同

顾 昕

(浙江大学 公共管理学院, 浙江 杭州 310058)

摘要:中国新医改走出初期阶段,进入到一个需求侧改革走向去碎片化、供给侧改革走向去行政化的新时代。在新医改的初级阶段,为政府与市场二元对立、零和博弈的旧理论范式所影响,医疗需求侧和供给侧的改革在再行政化和去行政化之间摇摆,医疗公共治理体系依然呈现高度行政化的格局。行政力量如何发挥引领作用,助长市场、激活社会,从而让市场机制和社群机制在行政机制的扶助支撑下于医疗公共治理体系之中发挥积极的作用,是新时代新医改所面临的主要挑战。政府、市场与社会的互动协同,行政、市场和社群机制的互补嵌入,将成为新时代新医改公共治理体系的新范式。

关键词:医疗政策;新医改;公共治理;治理嵌入性;行政机制;市场机制;社群机制

中图分类号:R197 **文献标志码:**A **DOI:**10.3969/j.issn.1009-3699.2018.06.002

一、引言

2009年,中国启动了新一轮的医药卫生体制改革(以下简称新医改),随着新医改初期阶段的终结,新医改的新时代已经开启。新时代新医改面临着众多新挑战,直面这些新挑战,关键在于诸多技术性政策的酝酿、出台和实施,而在于公共治理理念范式的转型和组织-制度模式的创新。唯有超越技术性改革环节,在推动理念范式转型的基础上开展制度设计、政策制定和措施落实,医疗事业的公共治理创新才能纳入到党的十八届三中全会所提出的“国家治理体系和治理能力现代化”的伟业之中。

公共治理体系的创新,概言之,在于如何构建一个制度架构,一方面让政府、市场和社会这三类主体在参与公共事务的治理上各自发挥其比较优势,另一方面让行政机制、市场机制和社群机制在公共治理中相互补充、相得益彰。从政府改革的实践角度来看,公共治理创新可以简单归结为“去行政化”,即各级政府如何推动治理范式和制度模式的创新,改变既有的行政力量大包大揽、行政机制主导一切的旧格局,让市场机制和社群机制在资源配置和组织协调方面发挥更积极的甚至是基

础性的作用,从而开辟一个政府增强市场、国家激活社会的新格局。从学术上看,这一问题关涉到重新界定政府、市场与社会在医疗事业公共治理中的作用以及重新认识行政机制、市场机制和社群机制的相互支撑性和嵌入性,从而彻底扬弃政府与市场、国家与社会零和博弈的旧理论范式。

在新医改的第一个十年中,中国医疗事业的公共治理体系发生了一定的变化,其核心内容是在医疗需求侧(医疗保障体系)和医疗供给侧(医疗服务体系)重新界定政府职能,调整政府与市场的关系。在这一过程中,无论是在顶层设计还是在地方创新,无论是宏观政策指导还是微观技术环节,政府与市场二元对立、零和博弈的理论范式始终影响着现实世界,政府与市场关系的调整始终在再行政化和去行政化之间摇摆。

正如在其他经济政策、社会政策和公共政策领域一样,新医改理念范式的基本主题就是政府与市场之争,其中一种思路是主张政府针对基本医疗服务实施全方位、全天候和全环节的管理,以期实现公益性^{①②},另一种思路主张在医疗领域引入市场力量,而政府只应且只能在市场不足和市场失灵的地方发挥主导作用^③。尽管学界普遍排斥标签化,但无需讳言,新医改中存在政府主导论

收稿日期:2018-07-28

基金项目:国家社会科学基金重大项目(编号:15ZDA050)。

作者简介:顾昕,浙江大学公共管理学院教授,博士生导师,浙江大学民生保障与公共治理研究中心专职研究员,主要从事治理理论与医疗政策的研究。

和市场主导论的理论范式,是一个客观事实,也是一个正常现象^{④⑤}。

实际上,在有关医疗公共治理的理念范式之中出现政府与市场之争,并非中国特色,而是一个全球性的现象^⑥。在世界各地,医疗改革早已成为一个长期问题,尽管医疗体制的重大变革并不多见,但微小变革以及修修补补却无时无刻不在发生,而影响这些变革(无论大小)的理念范式,无一例外,均涉及市场力量是否应该以及如何医疗领域发挥作用^⑦。实际上,不止在医疗政策领域,在更广泛的公共政策领域,甚至在整个社会科学以及政治哲学、经济思想和社会理论之中,政府与市场关系之争过去是、现在是以及将来也依然是学术争论的首要论题之一,而政府主导论和市场主导论始终是两大主流的思想范式。有学者将市场与政府何为经济活动的最重要调节器视为“基本的经济选择”^⑧。在本世纪初,一部获奖的美国畅销书甚至把政府与市场之争视为塑造现代世界战略制高点的争夺战^⑨。

然而,政府与市场二元对立的范式限制了公共治理创新的想象力。无论是在医疗事业之中,还是在更加广泛的社会经济发展领域,公共治理体系的参与者并不限于政府与市场主体,而且还应包括社会行动者,相应地,影响资源配置和行动协调的机制,也不止是行政机制和市场机制,还应包括社群机制。在20世纪80~90年代,强调社群美德和公民责任的社群主义在政治哲学和道德哲学界兴起,与自由主义展开了激烈的论战^⑩。自20世纪90年代起,新社群主义社会理论兴起,其致力于提供弘扬社群机制以解决诸多国内和国际的社会问题^⑪。与此同时,由公共行政学家、政治学家埃莉诺·奥斯特罗姆(Elinor Ostrom)领衔的布鲁明顿学派^⑫通过对公共资源治理的研究,将社群机制的运作纳入到公共治理的理论体系之中^⑬,从而超越了原有治理理论中政府与市场二元对立的旧范式。由于在社群治理研究方面的经典性成就,埃莉诺·奥斯特罗姆与在治理领域作出杰出贡献的奥利弗·威廉姆森(Oliver E. Williamson)分享了2009年的诺贝尔经济学奖。实际上,社群治理的适用领域并不限于对渔场、森林和环境^⑭,而是遍及社会经济生活的所有领域^⑮。社群治理与行政治理和市场治理并列,成为人类生活诸多事务的第三大协调机制^⑯。超越政府与市场的二元对立,让社会运转起来^⑰,将社群机制纳入到公共治理体系之中,是社会科学各领域共同的学术探索前沿。

可是,在新医改的理论范式中,社会与社群机制始终处在缺位的状态^⑱,这一点恰恰是政府主导和市场主导范式都存在的短板。在中国其他社会治理领域中得到重点探讨的国家与社会关系^⑲,在有关新医改的既有文献中基本上处于边缘化的位置,而既有文献对于市场与社会的关系更是鲜有涉及,这些缺失导致既有文献不仅就社群机制在公共治理体系中的定位留下了很多空白,而且对于行政-市场-社群机制嵌入性对于公共治理体系创新的意义缺乏足够的关注和探讨,从而对三种治理机制相互补充、相得益彰的可能性缺乏深入的探讨。理论范式的缺失还对新医改的政策拓展与实践产生了深刻影响。社群机制不仅在医疗保险和医疗服务法人治理中无所作为,而且在医保支付方式改革与医药价格体制改革的多方谈判中也无着力空间。

新医改的新时代亟待公共治理体系的创新,而这一创新的源泉在于公共治理理论范式从政府与市场的二元对立到政府-市场-社会互动协同的转型。

二、公共治理变革中政府-市场-社会关系的重构:治理机制嵌入性的视角

实际上,政府-市场-社会关系是经济学、社会学、政治学和公共管理学领域中的一个基础性主题,几乎贯穿在绝大多数文献之中,无论这些文献论及的具体主题和领域为何,然而,在绝大多数既有文献之中,一种视角是把政府、市场和社会视为三类行动主体,关注的议题是三者的职能范围或三者之间的边界,尤其是政府的职能^⑳或政府的边界^㉑,这是比较传统的一种视角,其特征是将政府、市场和社会的关系视为零和博弈式的关系,因此“自主性”成为这种视角话语体系的关键词之一。政府是否超越市场和社会的影响力而拥有“国家自主性”^㉒以及市场和社会如何在政府干预的现代世界中保持各自的自主性^㉓等问题,均成为研究的重点。

考察政府-市场-社会关系的非传统视角,视之为行政、市场与社群这三种治理机制之间的关系^㉔。行动主体间互动关系的变化固然重要,但治理机制之间关系的变化对国家治理体系现代化的影响更为持久和深远,将这种非传统视角转变为未来的新理论范式,着重研究治理机制之间的关系,能为深入探究政府-市场-社会关系的变革,并进而探索公共治理体系创新之路开辟新的视野。

在奥利弗·威廉姆森的笔下,制度分析等同于对“治理机制”的研究^⑤。治理机制是协调人类活动的各种方式,涉及社会经济政治生活的所有领域。人类活动的协调机制林林总总,承继科斯传统的奥利弗·威廉姆森重点考察了市场制度与等级制度,两者分别代表了分散化和集中化的治理机制,而在这两者之间的治理机制被概称为“关系型契约”^⑥,后被称为“混合制”^⑦。与此同时,社会学家对网络进行了深入研究,视之为在市场和等级组织之外的第三种治理机制或协调机制^⑧。后来,不少学者将第三种治理机制概称为“社群机制”。由此,治理模式的理想类型可简单地归结为三种,即行政治理(bureaucratic governance)、市场治理(market governance)和社群治理(community governance),与之相对应,则有三种治理机制,即行政机制、市场机制和社群机制^⑨。行政治理的运作以“命令与控制”为特征,因此又称“自上而下型治理”(top-down governance)^⑩。行政机制的运作不仅是政府行动和公共部门组织运行的主要标志^⑪,而且也广泛存在于大型私立等级化组织之中,包括营利性组织和非营利组织。

市场治理基于市场主体之间的自愿交易,基本特征是“选择与竞争”^⑫。市场行为均伴随着各种各样的契约订立,包括经济社会学家分析过的“合作性订约”或“义务性订约”^⑬。特别值得注意的是,市场治理可以发生在任何类型的行动者之间,包括国家行动者或公法人,换言之,政府行政部门和公立组织是重要的市场参与者,市场机制也可以在政府行动的协调上发挥积极作用。

社群治理的基本特征是“认诺与遵守”,即相互密切关联的个体基于对某些共同价值与规范的认诺与遵守以协调其活动^⑭。社群治理既可以体现在第三部门中非营利组织的法人治理^⑮和社团的协会治理^⑯,也可以体现在包括家族、联盟和社会关系在内的非正式社会网络中的网络治理^⑰和联盟治理^⑱之中。无论是企业间的关系^⑲,还是更广泛的组织间的关系,均在一个所谓的“实践社群”(community of practice)中受到社群机制的制约^⑳。

尽管绝大多数涉及政府-市场-社会关系的既有文献会论及不同治理机制的关系,但相关内容往往淹没在有关三类行动主体间协同互动或共同参与的详尽论述之中。在公共管理学界,这一点集中体现在以协作治理(collaborative governance)为主题的文献之中^㉑,其关注点在于国家、市场和社会行动者在共同确定公共服务的目标并

加以实施的过程中如何共享裁量权^㉒,着重研究多方参与和共同治理的制度化。

实际上,对于所有私人 and 公共事务而言,三种治理机制分别独自发挥作用以达成善治之态的可能性并不能彻底排除,但新自由主义理念光环下强调市场主导性的思潮(尤其是经济学界的奥地利学派)和新社群主义理念辉映下强调社会自主性的思潮(尤其是政治学界关于公民社会的诸多理论)往往因夸大市场治理和社群治理对于协调社会经济生活的效力而不切合实际。在绝大多数情况下,三种机制必须相互嵌入方能达成相得益彰的治理之效。换言之,行政、市场和社群治理具有一定的运行自主性又具有互补嵌入性。三种机制嵌入和协同方式不同,公共治理体系的绩效就会呈现出差异性,因此,治理机制的嵌入性是考察公共治理体系创新和绩效的新视角。

政府所主导的公共政策制定和实施方式尤其重要,公共政策的制定和实施并不是政府行动者的单边主义行动,而是需要市场和社会行动者的参与,但更重要的是,政府行动不单独依赖于以等级化的、自上而下的以及命令与控制为特征的行政机制,而是需要因地制宜、因时制宜地引入市场治理和社群治理。如何能在增进市场、激活社会,亦即在市场治理、社群治理和行政治理如何互补嵌入并相得益彰上做好文章,正是公共治理体系创新的核心内容。公共治理体系创新的关键在于政府改革,政府固然要在许多社会经济事务中发挥主导作用,但更关键的问题在于何种类型的政府发挥主导作用,即市场增强型政府和社会增进型政府能否形成并发挥作用。换言之,行政机制在公共治理必须发挥积极的作用,而这一积极作用是否有效、有为,关键在于政府能否增进市场、激活社会^㉓。

以“治理”取代“统治”的早期治理思路的兴起以及在此基础上的以“善治”(good governance)为主题的文献^㉔,其本质上关注的是行政机制运行的优化,即通过强化行政运作的透明性、回应性、参与性和可问责性,实现善治的目标^㉕,因此,善治思路的重心依然处在行政化的理念范式之中,并不构成一种公共治理的理论创新,而只是构成了一种新的话语体系。

管理主义在公共管理学界的兴起^㉖和新公共管理运动的勃兴^㉗,推动了公共治理体系创新的第一次浪潮,其特征是将市场机制或市场运作方式纳入到政府行动之中,行政机制与市场机制的相互融合也成为这一波理论论述的重要内容^㉘。

网络治理的兴起,推动了公共治理体系创新的第二次浪潮^⑤。在此过程中,社群机制的积极作用开始得到重视和弘扬,但是,网络治理论述的重点在于如何取代行政治理,而基于网络治理的一般性社群治理理论并没有得到系统性的发展,社群机制与行政机制、市场机制的关系也没有得到阐明。

显然,对于公共治理体系的创新来说,仅仅停留在第一次和第二次浪潮是远远不够的。超越既往的公共治理创新,亟待理论范式变革的第三次浪潮,即政府行动必须超越对行政治理的依赖,发展出增进市场、激活社会的新治理模式并使之制度化,从而让市场机制和社群机制与行政机制在公共治理体系中发挥互动协同之效。就此而言,在公共管理学界,矢志于成为一种新理论范式的互动治理(interactive governance)理论正方兴未艾^⑥,尽管其论述重点依然放在政府-市场-社会三类主体的互动之上,但也开始触及治理机制的嵌入性。

三、新医改初期阶段医疗公共治理体系的变革:调整政府与市场关系

在新医改初期阶段,医疗公共治理体系变革的主线是政府与市场关系的调整。在相关的论述和实践中,核心内容是政府职能的再界定以及政府与市场边界的再划分。相对来说,有关市场机制与行政机制的关系并未成为一个独立于政府与市场关系的单独议题。换言之,既有的范式把政府与市场行动者的关系同行政治理与市场治理的关系混同起来,这其中,尤为显著的是把政府行动完全等同于行政机制的运作,这种混同在政府主导论范式中更为明显。在这一范式中,政府与市场的作用空间被分为两个板块,前者统揽基本医疗服务,后者则限于高端医疗服务。在基本医疗服务的空间中,政府作为行动主体既承担医疗筹资和拨款之责,也主宰着医疗服务的提供,尤其是在医疗供给侧,公立医疗机构必须占据主导地位^⑦。更为重要的是,政府主导论范式将自上而下的行政治理视为实现医疗资源优化配置和医疗服务行动协调的主导性机制,具体体现为命令、控制、督导、规划和干预等行政行为,而市场机制的作用只是补充性的、边缘化的。

相对来说,市场主导论范式注意到行动者与治理机制的区分,其突出特点一方面在于强调市场机制在资源配置和行动协调的基础性作用,另一方面在于凸显市场机制在政府行动和公共部门

中的重要性。受到新公共管理运动的影响,市场主导论注重将市场机制引入政府行动和公共部门之中,强调政府可以以多种身份,例如保险者、购买者、雇佣者、赞助者、调控者、信贷者、规划者、监管者甚至道德劝说者的角色,参与到市场活动之中^⑧。这意味着,以命令与控制为特征的行政机制并非政府参与公共治理的唯一手段,政府如何扶助、运用并管制市场机制的运作,才是政府改革的重点,才是公共治理创新的关键,这其中,最为核心的是政府如何通过公共医保体系对基本医疗服务的战略性购买^⑨。

由此可见,主导着新医改初期阶段医疗公共治理体系变革的理念范式其实并不止于政府与市场之争,更在于行政机制与市场机制之争。政府主导论范式的核心特征并不止于让政府行动者主导基本医疗服务的需求侧和供给侧,更在于让行政机制主导医疗保障和医疗服务所有事项的治理,同样,市场主导论范式的核心特征并不止于缩减政府职能的范围、扩大市场运作的领域,更在于推动行政力量走向助长市场机制、激活社群机制的新运作方向。

简而言之,政府主导论范式的改革方向是再行政化,具体而言是将行政力量同市场机制分离开来,通过行政机制的运作建立一个独立于市场的行政化医疗服务板块,并且通过行政化的绩效管理以图提升其绩效,而市场主导论范式的改革方向并非削弱政府的作用,更谈不上取消行政力量的作用,而是强调去行政化,具体而言是将市场机制引入政府行动和公共部门,通过重构激励结构,形成一个有管理的医疗市场。再行政化和去行政化的范式差别在医疗保障体系和医疗服务体系的改革上都有深刻的体现^⑩。

实际上,在政府主导论和市场主导论这两个范式之间存在着一定的重叠共识。共识之一是,政府主导论者和市场主导论者都认为政府理应在基本医疗保障体系的建設上发挥主导作用。事实上,由于逆向选择问题的存在,医疗保险领域存在着严重的市场失灵,无法达成全民医疗保险,而全民社会医疗保险(以下简称医保)恰恰是整个医疗体系完善以实现全民健康覆盖(universal health coverage)目标的重中之重^⑪,因此,建立政府主导的公共医疗保障体系以推进全民医保是中国新医改的基石^⑫,这一点是政府主导论和市场主导论的共同主张,然而,尽管目标一致,但通向同一目标的路径却大有不同。政府主导论以实施内部市场制之前的英国国民健康服务为蓝本,主张建立

一个覆盖范围有限的全民公费医疗制度,即国民基本卫生保健体系,在此之中,政府向基层公立医疗机构高额拨款,基层公立医疗机构再根据“国民基本卫生服务包”为民众提供一整套价廉的医疗卫生服务,为此卫生部在2007~2008年中国卫生政策支持项目(HSPS)中专门设立了“国民基本卫生服务包研究”课题,分五级详细列出政府通过“养人、养机构”的方式为民众提供基本免费的基本医疗卫生服务清单^⑤。市场主导论则主张通过社会保险或税收筹资建立公共医疗保障体系,然后由医保机构代表参保者向医疗机构购买医药服务,而医疗供给侧的改革走向多元办医。事实上,国民基本卫生保健体系并未得到实施,自2009年以来推进的新医改正是沿着第二种思路在公共医疗保障体系的建设上取得了巨大成就^⑥,在2013年就基本实现了基本医疗保障体系的全民覆盖^⑦,并因此在2016年获得了国际社会保障协会的大奖。

共识之二是,无论是持政府主导论还是市场主导论的论说者和实践者都体认到基本医疗保障体系存在着碎片化问题,由此,医疗需求侧改革也将走向去碎片化^⑧,然而,对于医保去碎片化的方向和路径,两种理论范式却有着重大的分歧。政府主导论者倾向于以集中型再行政化的路径推动医保体系的去碎片化,而市场主导论学者认同分散型再行政化的路径。具体而言,政府主导论学者力主“一手托两家”,即卫生行政部门统揽医疗保障提供与医疗服务管理的政府职能,进而主张医疗卫生健康大部制,即建立一个统管医疗卫生需求侧和供给侧所有事务的国家健康委员会^⑨。市场主导论学者则反对“一手托两家”,主张负责医保筹资与支付的政府机构应该与卫生行政部门分开,要么主张由人力资源与社会保障部门统管医疗保险^⑩,要么主张组建一个独立于既有政府各部门的专门医疗保障管理机构,以整合与公共医疗保障体系健全有关的医保筹资、医保支付、价格制定和集中招标采购职能^⑪。

在新医改的实践中,最后一种设想从各地的地方创新逐渐演变成中央的顶层设计。作为政府机构改革的一部分,2018年5月31日,中华人民共和国国家医疗保障局(以下简称国家医疗保障局)正式挂牌,原来分散在若干政府部门的医保政策制定、医保筹资、价格制定、医保经办(主要是医保支付业务)、医疗费用与质量管控、医疗救助、医疗服务投入品(主要是药品)的集中招标采购等职能整合起来^⑫。在2018年的下半年,省级医疗保

障局的组建陆续展开。

医保体系的核心功能就在于代表参保者向医疗服务供方购买医药服务,因此供方支付成为医保体系日常运作的主要业务。医保支付制度改革是需求侧改革的重中之重^⑬,这一点无论是在学界还是在政界早已成为共识^⑭,但在新医改的初期阶段,医保支付改革相当滞后,局部性的改革也未尽产生预期的效果^⑮。医保支付改革滞后的影响因素固然很多,但在一定程度上,再行政化与去行政化之间的纠葛是重要的影响因素之一,其中医疗供给侧的去行政化改革不力对医保支付改革构成了不少结构性障碍^⑯。

政府主导论学者在新医改初期阶段的早期倾向于将公共医疗保障体系视为一个与政府财政部门并立的行政部门,在政策建议上常常自觉不自觉地将医保支付等同于财政拨款,在学术关注上很少以医保支付制度改革为核心,对公共契约模式中市场机制运作方式更是极少理会。在政府主导思维所影响的文献以及在医疗卫生界和社会舆论之中,政府增加对公立医疗卫生机构的财政投入是其核心政策主张,而政府财政补偿与公共医保支付中是否以及如何引入市场机制并非其关注对象,其中一个典型的主张是,基本医疗服务的资金基本依赖于政府财政直接投入而非社会医疗保险筹资^⑰。不过,随着中央政府自2012年起将医保支付制度改革列为新医改的核心内容并逐年加强其推进力度之后,政府主导论学者也开始逐渐默认了医疗保险对医疗服务战略性购买的主张,只不过在其论述中,对于医保购买机制的探讨依然处于边缘的位置,而行政机制依然在医疗公共治理体系中发挥着主宰性(即便不是排他性)作用。

与此相对照,对于市场主导论而言,医保体系的健全不仅仅是医疗筹资(尤其是医疗费用风险分摊)的一种解决方案,也不仅仅是百姓民生保障的一种制度安排,而是医疗领域中治理医疗服务提供者的一种新机制,即医保体系通过对医疗服务的战略性购买形成新的激励机制^⑱。新激励机制的形成本质上是市场机制作用的结果,在具体操作上有赖于医保支付契约订立和执行的完善。建立新激励机制的目的,是在医疗供给侧有效抑制过度医疗,提高医疗服务成本-效益比(俗称“性价比”),提升医疗服务体系的绩效^⑲。鉴于公共医疗保障体系在基本医疗服务的战略性购买上扮演着主导性角色,而在医疗供给侧公立医疗机构一般也占有相当大的比重,医疗保险对医疗服务

的战略性购买在国际上又被称为“公共契约模式”(public contract model)^⑤,这一模式的形成意味着公立机构以市场主体的身份在医疗市场机制的发育和完善上发挥积极作用,而市场机制的运作在医疗公共治理中不仅是不可或缺的,而且是举足轻重的^⑥。因此,市场主导论者从2008年起就在不同的话语体系之中以不同的方式揭示了医疗保险战略性购买医疗服务的重要性^⑦,并阐述了这种战略性购买所体现的一种特殊的市场机制运作方式^⑧。值得注意的是,有学者针对中国新医改理念范式中的政府与市场之争专门提出在政府主导论和市场主导论之间的第三种思路,即政府主导公共医疗保险体系的建设,然后通过医保支付改革在公共医保体系和多元服务提供者之间建立市场机制^⑨。实际上,这一思路正是中国新医改市场主导论的思路。

对医疗供给侧改革,尤其是公立医院的改革,政府主导论和市场主导论的分歧更多、更大^⑩。政府主导论学者高度重视行政力量对于医疗供给侧公共治理的作用,不仅主张公立医疗机构应该在医疗服务体系中占据主导性规模,而且强调唯有当行政机制在医疗机构组织体系的重组、财政投入增加、价格管控、人事管理、药品-器械-耗材集中招标采购上发挥主导作用,医疗的公益性才能实现。相反,市场主导论则主张在医疗供给侧大力引入市场机制,推进公立医疗机构(尤其是公立医院)法人化甚至民营化^⑪,促进社会力量办医,以医疗保险机构与医疗服务机构谈判定价的方式取代医疗服务和药品的行政定价,让市场机制在药品-器械-耗材的集中招标采购上发挥基础性作用,通过推进人事工资制度改革以推动医疗人力资源的市场化流动和配置^⑫。

学术思想的分歧在医改顶层设计和地方政策实践中都有深刻体现。再行政化和去行政化的思维和举措自始至终都出现在中央与地方政府颁布的众多医改文件之中,尤其是公立医院改革试点,始终是在各种不同的再行政化和去行政化的举措之间摇摆,因而呈现出高度的地方差异性^⑬,公立医院也始终处在一种行政型市场化的境地之中^⑭。尽管政府主导论加强行政管控的种种主张变成了新医改供给侧改革的举措,但市场主导论者的诸多主张,尤其是促进多元办医格局的形成和推进公立医院去行政化,在2009年以来新医改顶层设计得到高度重视,在地方创新中也得到程度不同的展现。在医疗供给侧引入市场机制的诸多举措,尤其是对社会办医的鼓励之举,自2013

年党的十八届三中全会召开之后,新医改有强化之势,也有学者认为中国新医改出现了“转向”^⑮。

其实,这一“转向”并不存在。自新医改伊始,市场机制的引入与公益性的达成并不一定相悖,这在政府文件和学术文献中都有充分的体现^⑯,然而,由于未能探究行政机制在去行政化进程中的恰当作用,或者说未能探究行政力量对于市场机制完善与社群机制发育的支撑作用,新医改的诸多技术性举措呈现出再行政化与去行政化纠缠不清的乱象,这一点在公立医院改革领域体现得尤为显著^⑰。与此同时,大量新医改文献着重于诸多技术性问题的技术性探讨,表面看来缺乏对政府与市场关系的理论关注,但实际上依然受到理论范式的制约,导致众多局部性、技术性的医改措施也呈现出在再行政化与去行政化之间摇摆的不同路径。微观医改细节的差异对于宏观医改进程走向有着深刻的影响,而这种影响在学术研究中常常遭到忽视。

建立分级诊疗制度对于推进新医改的意义无需赘言,但对于分级诊疗体系的形成,再行政化和去行政化范式给出了两条并不相同的路径。政府主导论强调行政力量的推动和整合作用,一方面试图通过政府对基层医疗机构的行政扶持而推动老百姓“小病进社区”,另一方面通过卫生行政部门推进医联体建设以高级别、有名望的大医院对基层医疗机构实施帮扶。市场主导论则怀疑行政帮扶的有效性和可持续性,主张政府通过市场机制的运作来实现建立分级诊疗制度的目标,具体路径是首先在公共医保体系中实现门诊统筹,继而推动公共医保体系与公共卫生体系以政府购买的方式建立“健康守门人”制度^⑱,然后通过按人头付费等新激励机制的形成,让各级、多方医疗机构通过联盟或一体化的方式结成“利益共同体”,从而以多种组织和制度模式推进基层医疗机构和初级卫生保健的发展。在现实中,通过行政命令与督导推进的医联体往往缺乏利益共享机制,而如何通过引入市场和社群治理,在医联体内不同分支机构之间形成利益共享的格局,才是医联体能否建设成功的关键所在^⑲。

四、行政、市场和社群机制的嵌入性： 走向互动式协同治理的新范式

需要注意的是,政府主导论和市场主导论在学术思想和政策取向上共同的缺陷有两点:一是在政府-市场-社会三角关系中相对忽略社会的作用;二是相对忽略了社群机制对于公共治理体系

变革的重要性。当中国新医改进入新时代之际,随着国家医疗保障局的建立,中国医疗事业的公共治理创新将在理论范式和政策实践上有了超越既往政府-市场的二元对立并走向政府-市场-社会互动式协同治理的新契机。

医疗公共治理体系互动式协同治理之所以势所必然,归根结底缘于医疗服务具有多样性,在协调不同种类医疗服务提供上,行政、市场与社群机制所发挥的作用有所不同。

某些医疗服务(如传染病防治)属于“公共物品”(public goods)。由于这类服务的提供者不可能向所有的受益者(例如未染上传染病的人)收费,因此市场机制无法充分发挥作用,为了确保这类服务的充分提供,行政机制的涉入是必要的。更多的医疗服务虽然不是公共物品,但都具有“正外部性”,这类服务的提供可以给某一群体甚至整个社会带来额外的好处,因此又被称为“集体物品”^⑧。公共物品和集体物品都会出现市场提供不足的情况,一般认为政府干预对于确保其充分提供是不可或缺的,甚至不少人干脆从政府干预走向了国家提供,但实际上,非公共组织(包括基金会、慈善组织、协会和社会企业等)也能通过社群机制的运作在弥补市场不足上发挥重要作用,以实现公共(集体)物品或公共(社会)服务的民间提供^⑨,或通过私人行动达成公益性目标^⑩。

除此之外,许多种类的医疗服务还存在一些固有的特性,使得医疗服务的市场提供会出现种种不合意之处。例如,医疗服务中普遍存在着供需双方严重的信息不确定性和信息不对称性^⑪,相当一部分医疗服务的数量与质量具有低度量性^⑫,很多有关康复和生死的医疗服务属于信任品,其品质在患者接受服务之后的很长一段时间内都无法加以确认^⑬,很多种类的医疗服务,由于信息不充分、技术特质性、就医环境以及地理因素等多种原因,处在垄断竞争的状态^⑭。所有这些都导致经典性的市场机制出现一定程度的失灵。因此,在医疗事业的公共治理体系中,一方面弥补市场不足,另一方面抑制市场失灵,政府行动不仅是不可避免的,而且是不可或缺的。即使不考虑市场不足和/或市场失灵问题,政府也另有理据在医疗领域发挥更积极的作用,即促进公平^⑮,尤其是横向公平,以确保所有低收入者也能在适当的水平上充分获得基本的医疗卫生服务^⑯。更有甚者,依照詹姆士·托宾(James Tobin)提出的“特定平等主义”(specific egalitarianism)的理念,某些物品或服务具有特殊性,其提供不应该由市

场控制,或者说其提供不应该取决于个人的收入水平,因此市场机制无法成为这些物品或服务的排他性协调机制^⑰。但是,行政力量和行政机制有必要发挥积极的作用,并不意味着市场机制和社群机制不能在医疗领域发挥积极的作用,更不意味着再行政化是新医改的出路。

实际上,如果市场机制和社群机制的正常作用遭到抑制,必然会导致医疗公共治理的扭曲,尤其是对医疗服务供方产生负激励,不仅会降低效率,也会有损公平。在现实世界中,行政机制与市场机制的运作互相削弱从而导致政府和市场双失灵的情形,并不罕见。唯有行政机制与市场机制相互强化,即政府致力于成为市场增进型政府(market-enhancing government)^⑱或市场强化型政府(market-augmenting government)^⑲,行政力量和市场力量的互动才能相得益彰。同理,只有政府能成为社会增进型政府(society-enhancing government),让行政机制和社群机制相得益彰,才能导致政府与社会双赢的格局。因此,在医疗领域,行政机制、市场机制和社群机制必须保持适当的平衡,促成一种互动式协同治理的新格局。

在改革开放前,中国医疗事业嵌入在高度行政化的计划经济和国家动员体制之中,行政机制成为所有社会经济活动的排他性协调机制,医疗公共治理体系自然也呈现出高度行政化的格局。自1978年改革开放启动以来,中国医疗事业的公共治理体系发生了相当大的转变,市场机制开始在资源配置和激励协调上发挥重要作用,甚至在诸多事项的治理上发挥着基础性作用^⑳。然而,历经四十年的治理变革,医疗公共治理体系的行政化依然根深蒂固,市场机制和社群机制的发育和完善尚有漫长的道路要走。行政力量如何能在助长市场、激活社会上发挥积极的作用,依然是当今中国政府改革所面临的主要挑战。

在医疗需求侧,由于自愿性医疗保险存在着固有的逆向选择与道德损害问题^㉑,单靠市场机制的运作无法实现全民医保,因此行政力量在公共医疗保障体系的建设中发挥主导作用,是必须的,也是必然的。正是源于行政力量的主导作用,中国的基本医疗保障体系在短短十年内就覆盖了13亿人口,为中国实现全民健康覆盖的目标奠定了坚实的基础^㉒,然而,当我们正视行政机制对于医疗公共治理的积极作用之时,也必须对行政机制运作的偏误有所认识。事实上,正是由于行政机制运作的偏误,中国基本医疗保障体系出现了严重的碎片化格局,导致医疗保险服务的诸多技

术性环节出现了许多长期以来无法解决的难题^⑧。

与此同时,在医疗需求侧,无论是市场机制还是社群机制都远未发挥出应有的积极作用。市场机制运行不畅主要体现在两个方面:一是,长期以来,商业医疗保险或商业健康保险的发展停滞不前;二是,医保支付改革蹒跚而行,从而始终没有在医疗供给侧建构出正确的激励结构。社群机制发育不良也主要体现在两个方面:其一,民营非营利性医疗保险的发展不仅在民间缺乏滋生的土壤,而且也从未提上公共政策的议事日程;其二,医院管理协会和医学学会从未在医保支付改革中找到发挥作用的渠道和空间。值得注意的是,国家医疗保障局的组建为医疗需求侧的去碎片化改革提供了组织保障,也为医保领域助长市场机制、激活社群机制提供了新的契机,具体而言,医保支付改革有望通过强化公共契约的订立和执行而得到推进,而在有关医保支付模式的市场谈判过程中,多方社会组织有望在行政力量的引领下开辟参与公共治理的新空间。

与需求侧相比,医疗供给侧的行政化格局更加根深蒂固,而再行政化的冲动依然强劲有力,如医药价格体制和药品-器械-耗材集中招标制度。在现行医疗公共治理体系之中,医疗服务(其中包括器械和耗材的使用)中的可收费项目由国家卫生行政部门编订目录,收费标准(即价格)由各省的发展与改革委员会物价局制定,而药品价格则由各省卫生行政部门主持的药品集中招标制度确定。政府主导论认为定价权分散在不同的行政部门是医疗领域诸多乱象的渊藪,而改革的方向自然是再行政化,即让卫生行政部门主管所有涉医项目的定价,因为只有卫生行政部门才能将医疗服务项目的价格定准、定对,而且只要价格定准、定对,无论是资源配置还是收入分配等问题,自然都能迎刃而解,相应地,药品-器械-耗材集中招标采购的职能必须集中于卫生行政部门,从而通过对药品-器械-耗材的市场准入和价格制定的全方位行政管控达成公立医疗体系的公益性。由此可见,在政府主导论的范式中,行政机制一统天下,无论是市场机制还是社群机制都难以找到发挥作用的空间。与之相对,市场主导论者则认为行政定价引致市场扭曲是必然的^⑨,药品集中招标制度未能正确地指导药品价格^⑩,因此政府应该减少行政定价的范围,将政府在价格行政上的职能从定价者转型为监管者,由此医疗领域的付费者(各种医保机构,尤其是公立医保机构)、服务提供

者(各类医疗机构)和供应企业展开多方谈判以确定医疗服务项目以及各种投入品的价格。针对药品-器械-耗材的集中招标采购,政府只需扮演制度建设者和制度执行者以及招标采购平台的监管者即可,各类医疗机构应该成为集中招标采购中的市场主体^⑪。

政府与市场二元对立的范式影响了医药价格体制的实践。2016年7月1日,中华人民共和国国家发展和改革委员会、国家卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障部、财政部发布《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》,正式在全国开启医疗服务价格体制改革,这项改革的内容可以概括为两个方面:一是“结构调整”,即通过行政手段对价格结构进行调整,意图调高原本定价过低项目的价格,调低原本定价过高项目的价格;二是“调放结合”,即逐步缩小政府定价范围,积极探索建立通过制定医保支付标准引导价格合理形成的新机制,最终就大宗医疗服务项目以及药品等以市场谈判定价取代行政定价。

国家医疗保障局新组建之后,原本属于国家发展与改革委员会的价格管理职能以及属于卫生行政部门的药品集中招标职能转移给了新的行政机构。如何在价格体制改革以及在集中招标采购制度的重建上提出新的思路、开辟新的路径,必将成为国家医疗保障局在未来几年内面临的新挑战,就此,政府-市场-社会三方互动式协同治理的新范式,对于新医改在这一领域中的实践,必将产生深刻的影响。在新的范式之中,行政力量是新市场机制即公共契约模式的缔造者,与此同时,政府还可以通过赋权,激活社会,让各类医疗机构协会、医药企业协会和医学专业学会在价格谈判中发挥应有的作用。

五、结语

中国新医改将走出初期阶段,进入到一个需求侧改革走向去碎片化、供给侧改革走向去行政化的新时代。政府、市场与社会的互动协同以及行政、市场和社群机制的互补嵌入都将成为新医改新时代的新范式。

新医改自2009年正式启动以来,在第一个十年的初期阶段推动了医疗公共治理体系的诸多变革,政府职能进行了一定的调整,市场机制在医疗需求侧和供给侧都有了一定的发展,然而,总体来说,延续着计划经济时代的传统,医疗公共治理体系的行政化格局依然故我,行政机制依然主宰着医疗需求侧和供给侧,市场机制远未健全,社群机

制尚未发育。

在医疗需求侧,政府重拾医疗筹资的责任,通过强化公共财政“补需方”的力度,在基本医疗保障体系的建设上发挥了主导作用^⑤,在全民医保的推进上扮演了积极的角色,这是新医改初级阶段所取得的最伟大成就。进入新医改的新时代,医疗需求侧改革面临着严峻挑战:一方面是重塑行政机制的运作,推动基本医疗保障体系的去碎片化;另一方面是通过行政力量的积极作用引入市场机制和社群机制,让市场主体(商业保险机构、医药产业组织和第三方服务机构等)和社会主体(医学学会、产业协会和非营利组织等)在推进医保支付制度改革上拥有积极参与的空间。

在医疗供给侧全面引入市场机制和社群机制,以打破原有行政机制主宰的格局,这一改革的诸多举措概称为“去行政化”。去行政化并非意味着完全取消行政机制的作用,而且去行政化必须依赖于行政力量对市场化和社会化的推动。推进去行政化的要义,在于政府施政不再执着于命令与控制的传统方式,而是注重发挥助长和能促作用,助长市场机制的运作,促进社群机制的发育。

2013年11月党的十八届三中全会通过《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》明确提出“推动公办事业单位与主管部门理顺关系和去行政化”“建立事业单位法人治理结构,推进有条件的事业单位转为企业或社会组织”“社会资金可直接投向资源稀缺及满足多元需求服务领域,多种形式参与公立医院改制重组”^⑥从而将公立医院法人化和民营化改革纳入到事业单位去行政化改革的总体框架之中。随着中国改革与开放新时代的开启,中国的新医改必将走上新的征程。

注释:

①参见葛延风、贡森,等:《中国医改:问题·根源·出路》(中国发展出版社,2007年)。

②参见李玲:《健康强国:李玲话医改》(北京大学出版社,2010年)。

③参见顾昕:《走向有管理的市场化:中国医疗体制改革的战略性选择》(载《经济社会体制比较》,2005年,第6期);詹初航、刘国恩:《不要误读了“政府主导”》(载《中国卫生》,2006年,第9期)。

④参见Xin Gu: Towards Central Planning or Regulated Marketization? China Debates on the Direction of New Healthcare Reforms, in Zhao Litao, Lim Tin Seng: *China's New Social Policy: Initiatives for a Harmonious Society* (World Scientific Publishing, 2009, pp. 14-25);

Yoel Kornreich, Ilan Vertinsky, Pitman B. Potter: Consultation and Deliberation in China: The Making of China's Health-Care Reform (*The China Journal*, 2012, No. 68, pp. 176-203)。

⑤Yanzhong Huang: *Governing Health in Contemporary China* (Routledge, 2012, pp. 68-78)。

⑥参见顾昕:《全球性医疗体制改革的大趋势》(载《中国社会科学》,2005年,第6期)。

⑦参见Daniel Callahan, Angela A. Wasunna: *Medicine and the Market: Equity v. Choice* (The Johns Hopkins University Press, 2006)。

⑧参见Charles Wolf Jr.: *Markets or Governments: Choosing between Imperfect Alternatives* (The MIT Press, 1993)。

⑨参见Daniel Yergin, Joseph Stanislaw: *The Commanding Heights: the Battle Between Government and the Marketplace that is Remaking the Modern World* (Free Press, 1998)。

⑩参见C. F. Delaney: *The Liberalism-Communitarianism Debate* (Rowman & Littlefield Publishers, 1994)。

⑪参见王俊、顾昕:《新社群主义社会思想与公共政策分析——以阿米泰·埃兹奥尼为中心》(载《国外理论动态》,2017年,第10期)。

⑫参见Daniel H. Cole, Michael D. McGinnis: *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy: Resource Governance* (Lexington Books, 2015)。

⑬参见Elinor Ostrom: *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action* (Cambridge University Press, 1990)。

⑭参见Clark C. Gibson, Margaret A. McKean, Elinor Ostrom: *People and Forests: Communities, Institutions, and Governance* (The MIT Press, 2000)。

⑮参见Daniel H. Cole, Michael D. McGinnis: *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy: Polycentricity in Public Administration and Political Science* (Lexington Books, 2014); Daniel H. Cole, Michael D. McGinnis: *Elinor Ostrom and the Bloomington School of Political Economy: A Framework for Policy Analysis* (Lexington Books, 2017)。

⑯参见Samuel Bowles: *Microeconomics: Behavior, Institutions, and Evolution* (Princeton University Press, 2006, pp. 473-501)。

⑰参见郁建兴、陈奕君、彭朱刚,等:《让社会运转起来》(中国人民大学出版社,2012年)。

⑱参见顾昕:《走向协同治理:公立医院治理变革中的国家、市场与社会》(载《苏州大学学报(哲学社会科学版)》,2017年,第5期)。

⑲参见郁建兴、关爽:《从社会管控到社会治理——当代中国国家与社会关系的新进展》(载《探索与争鸣》,2014年,第12期);贾玉娇:《国家与社会:构建何种治理秩序?——基于中国社会管理研究的反思》(载《社会科

学》,2014年,第8期);郁建兴、任泽涛:《当代中国社会建设中的协同治理——一个分析框架》(载《学术月刊》,2012年,第8期)。

⑩参见 Vito Tanzi: *Government versus Markets: The Changing Economic Role of the State* (Cambridge University Press, 2011)。

⑪参见张维迎、林毅夫:《政府的边界》(民主与建设出版社,2017年)。

⑫参见 Eric A. Nordlinger: *On the Autonomy of the Democratic State* (Harvard University Press, 1982)。

⑬参见 Carlo Trigilia: *Economic Sociology: State, Market, and Society in Modern Capitalism* (Wiley-Blackwell, 2002)。

⑭参见顾昕:《协作治理与发展主义:产业政策中的国家、市场与社会》(载《学习与探索》,2017年,第10期)。

⑮参见 Oliver E. Williamson: *The Mechanisms of Governance* (Oxford University Press, 1996)。

⑯参见 Oliver E. Williamson: *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting* (The Free Press, 1985)。

⑰参见 Walter W. Powell: *Neither Market nor Hierarchy: Network Forms of Organization* (*Research in Organizational Behavior*, 1990, Vol. 12, p. 300); Grahame Thompson, Jennifer Frances, Rosalind Levačić, Jeremy Mitchell: *Markets, Hierarchies, and Networks: the Coordination of Social Life* (Sage Publications, 1991)。

⑱参见 Stephen Bell, Andrew Hindmoor: *Rethinking Governance: the Centrality of the State in Modern Society* (Cambridge University Press, 2009, pp. 71-76)。

⑲参见 Louis Meuleman: *Public Management and the Metagovernance of Hierarchies, Networks and Markets: The Feasibility of Designing and Managing Governance Style Combinations* (Physica-Verlag, 2008)。

⑳参见 Julian Le Grand: *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition* (Princeton University Press, 2007)。

㉑参见 John L. Campbell, J. Rogers Hollingsworth, Leon N. Lindberg: *Governance of the American Economy* (Cambridge University Press, 1991)。

㉒参见 Klaus J. Hopt, Thomas Von Hippel: *Comparative Corporate Governance of Non-Profit Organizations* (Cambridge University Press, 2010)。

㉓参见 Erik Hans Klijn, Joop Koppenjan: *Governance Networks in the Public Sector* (Routledge, 2016)。

㉔参见 Jeffrey J. Reuer, Shivaram Devarakonda, Elko Klijn: *Cooperative Strategies: Alliance Governance* (Edward Elgar Publishing, 2010)。

㉕参见 Bart Nooteboom: *Inter-firm Collaboration, Learning and Networks: an Integrated Approach* (Routledge, 2004)。

㉖参见 John Seely Brown, Paul Duguid: *Organization-*

Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation (*Organization Science*, 1991, Vol. 2, No. 1)。

㉗参见 Chris Ansell, Alison Gash: *Collaborative Governance in Theory and Practice* (*Journal of Public Administration Research and Theory*, 2008, Vol. 18, No. 4)。

㉘参见 John D. Donahue, Richard J. Zeckhauser: *Collaborative Governance: Private Roles for Public Goals in Turbulent Times* (Princeton University Press, 2011)。

㉙参见顾昕:《中国福利国家的重建:增进市场、激活社会、创新政府》(载《中国公共政策评论》,2016年,第2期)。

㉚参见 Zhenglai Deng, Sujian Guo: *China's Search for Good Governance* (Palgrave Macmillan, 2011)。

㉛参见 OECD: *OECD Public Governance Reviews: Colombia: Implementing Good Governance* (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2013)。

㉜参见 Willard F. Enteman: *Managerialism: The Emergence of a New Ideology* (University of Wisconsin Press, 1993)。

㉝参见 Ewan Ferlie, Lynn Ashburner, Andrew Pettigrew, et al.: *The New Public Management in Action* (Oxford University Press, 1996)。

㉞参见 Christopher Pollitt, Geert Bouckaert: *Public Management Reform: A Comparative Analysis—New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State* (Oxford University Press, 2011)。

㉟参见 Stephen Goldsmith, William D. Eggers: *Governing by Network: the New Shape of the Public Sector* (Brookings Institution Press, 2004)。

㊱参见 Jacob Torfing, B. Guy Peters, Jon Pierre, et al.: *Interactive Governance: Advancing the Paradigm* (Oxford University Press, 2012)。

㊲参见顾昕:《政府转型与中国医疗服务体系的改革取向》(载《学海》,2009年,第2期)。

㊳参见顾昕:《政府购买服务与社区卫生服务机构的发展》(载《河北学刊》,2012年,第2期)。

㊴参见顾昕:《“收支两条线”:公立医疗机构的行政化之路》(载《中国卫生经济》,2008年,第1期)。

㊵参见 WHO: *World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage* (World Health Organization, 2013)。

㊶参见 World Bank: *Financing Health Care: Issues and Options for China* (2020) (Oxford University Press, 1998);顾昕:《走向全民医保:中国新医改的战略与战术》(中国劳动社会保障出版社,2008年);刘国恩、赵晶:《解读新医改:全民医保是解决看病难看病贵问题的根本途径》(载《理论导刊》,2009年,第5期)。

㊷参见马安宁,郑文贵,王培承,等:《“国民基本卫生服务包研究”概述》(载《卫生经济研究》,2008年,第4期)。

③参见 Armin Müller: *China's New Public Health Insurance: Challenges to Health Reforms and the New Rural Co-operative Medical System* (Routledge, 2016)。

④参见 Hao Yu: *Universal Health Insurance Coverage for 1.3 Billion People: What Accounts for China's Success?* (*Health Policy*, 2015, Vol. 119, No. 9)。

⑤参见 World Bank: *The Path to Integrated Insurance Systems in China* (The World Bank, 2010); 顾昕:《中国医疗保障体系的碎片化及其治理之道》(载《学海》, 2017年,第1期); 胡晓毅、詹开明、何文炯:《基本医疗保险治理机制及其完善》(载《学术研究》, 2018年,第1期)。

⑥参见王延中:《卫生服务与医疗保障管理体制的国际趋势及启示》(载《中国卫生政策研究》, 2010年,第4期)。

⑦参见杨燕绥:《卫生部一手托两家的管理模式值得商榷》(载《中国医疗保险》, 2010年,第3期); 梁鸿:《医保管理不能“一手托两家”》(载《中国医疗保险》, 2016年,第9期)。

⑧参见顾昕:《从管办分开到大部制:医疗供给侧改革的组织保障》(载《治理研究》, 2018年,第2期)。

⑨参见李红梅:《国家医疗保障局正式挂牌,专家解读——三种医保统一管,会带来啥改变》(http://www.gov.cn/zhengce/2018-06/01/content_5295242.htm)。

⑩参见 World Bank: *Health Provider Payment Reforms in China: What International Experience Tells Us* (The World Bank, 2010)。

⑪参见 Winnie Chi-Man Yip, William C. Hsiao, Wen Chen, et al.: *Early Appraisal of China's Huge and Complex Health-care Reforms* (*The Lancet*, 2012, Vol. 379, No. 9818); Alex Jingwei He, Qingyue Meng: *An Interim Interdisciplinary Evaluation of China's National Health Care Reform: Emerging Evidence and New Perspectives* (*Journal of Asian Public Policy*, 2015, Vol. 8, No. 1)。

⑫参见 Hong Wang, Licheng Zhang, Winnie Yip, et al.: *An Experiment in Payment Reform for Doctors in Rural China Reduced Some Unnecessary Care but Did Not Lower Total Costs* (*Health Affairs*, 2011, Vol. 30, No. 12); Weiyan Jian, Ming Lu, Kit Yee Chan, et al.: *Payment Reform Pilot in Beijing Hospitals Reduced Expenditures and Out-of-pocket Payments per Admission* (*Health Affairs*, 2015, Vol. 34, No. 10)。

⑬参见顾昕:《公立医院去行政化:医保支付改革的制度基础》(载《中国医疗保险》, 2017年,第3期)。

⑭参见 Alexander S. Preker, Xinzhu Liu, Edit V. Velenyi, et al.: *Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services* (The World Bank, 2007)。

⑮参见 Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski: *Purchasing to Improve Health Systems Performance* (Open University Press, 2005)。

⑯参见 OECD: *The Reform of Health Care: A Com-*

parative Analysis of Seven OECD Countries (Organisation for Economic Cooperation and Development, 1992)。

⑰参见 Winnie Chi-Man Yip, William Hsiao, Qingyue Meng, et al.: *Realignment of Incentives for Health-care Providers in China* (*The Lancet*, 2010, Vol. 375, No. 9720)。

⑱何子英、郁建兴:《走向“全民健康覆盖”——有效的规制与积极的战略性购买》(载《浙江社会科学》, 2017年,第2期)。

⑲参见顾昕:《走向公共契约模式——中国新医改中的医保付费改革》(载《经济社会体制比较》, 2012年,第4期); 仇雨临、黄国武:《医疗保障转型中政府与市场的关系:以有管理的竞争理论为视角》(载《湖南师范大学社会科学学报》, 2015年,第4期)。

⑳参见 Jiwei Qian, Åke Blomqvist: *Health Policy Reform in China: A Comparative Perspective* (World Scientific, 2014)。

㉑参见 Alexander Preker, April Harding: *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals* (The World Bank, 2003)。

㉒参见何子英、郁建兴、顾昕:《公立医院改制:理论与政策》(浙江大学出版社, 2014年); 顾昕:《公立医院的治理模式:一个分析性的概念框架》(载《东岳论丛》, 2017年,第10期)。

㉓参见顾昕:《论公立医院去行政化:治理模式创新与中国医疗供给侧改革》(载《武汉科技大学学报(社会科学版)》, 2017年,第5期)。

㉔参见顾昕:《行政型市场化与中国公立医院的改革》(载《公共行政评论》, 2011年,第3期)。

㉕参见 Winnie Yip, William Hsiao: *Harnessing the Privatisation of China's Fragmented Health-care Delivery* (*The Lancet*, 2014, Vol. 384, No. 9945); Winnie Yip, William C. Hsiao: *What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?* (*Health Systems and Reform*, 2015, Vol. 1, No. 1)。

㉖参见顾昕:《鱼与熊掌不可兼得?——医疗服务的市场化与社会公益性》(载《公共管理高层论坛》, 2006年,第2期); 顾昕:《新医改的公益性路径》(云南教育出版社, 2013年)。

㉗参见顾昕:《建立新机制:去行政化与县医院的改革》(载《学海》, 2012年,第1期)。

㉘参见 Kurt R. Brekke, Robert Nuscheler, Odd Rune Straume: *Gatekeeping in Health Care* (*Journal of Health Economics*, 2007, Vol. 26, No. 1)。

㉙参见任飞:《完善区域纵向医联体建设的思考——基于制度理性选择框架》(载《中国卫生政策研究》, 2016年,第10期)。

㉚参见 E. S. Savas: *Privatization and Public-Private Partnership* (Chatham House, 2000, p. 45)。

㉛参见 Roger L. Kemp: *Privatization: The Provision of Public Services by the Private Sector* (McFarland &

Company, 1991); Fred Foldvary: *Public Goods and Private Communities: The Market Provision of Social Services* (Edward Elgar, 1994); András Kelen: *The Gratis Economy: Privately Provided Public Goods* (Central European University Press, 2001); R. Pablo Guerrero O., Peter Wilkins: *Doing Public Good? Private Actors, Evaluation, and Public Value* (Routledge, 2016)。

㉔ 参见 Walter W. Powell, Elisabeth S. Clemens: *Private Action and the Public Good* (Yale University Press, 1998); Alberto Chong: *Privatization for the Public Good? Welfare Effects of Private Intervention in Latin America* (Inter-American Development Bank, 2008)。

㉕ 参见 Kenneth J. Arrow: *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* (*American Economic Review*, 1963, Vol. 53, No. 5)。

㉖ 参见 Alexander S. Preker, April Harding, Phyllida Travis: "Make or Buy" Decisions in the Production of Health Care Goods and Services: New Insights from Institutional Economics and Organizational Theory (*Bulletin of the World Health Organization*, 2000, Vol. 78, No. 6)。

㉗ 参见 Michael R. Darby, Edi Karni: *Free Competition and the Optimal Amount of Fraud* (*Journal of Law and Economics*, 1973, Vol. 16, No. 1); Carolyn Pitchik, Andrew Schotter: *Information Transmission in Regulated Markets* (*Canadian Journal of Economics*, 1993, Vol. 26, No. 4)。

㉘ 参见 Mark V. Pauly, Mark A. Satterthwaite: *The Pricing of Primary Care Physicians' Services: a Test of the Role of Consumer Information* (*The Bell Journal of Economics*, 1981, Vol. 12, No. 2); Roger Feldman, Frank Sloan: *Competition Among Physicians, Revisited* (*Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1988, Vol. 13, No. 2)。

㉙ 参见 Nicholas Barr: *Economics of the Welfare State* (Oxford University Press, 2012)。

㉚ 参见 James Tobin: *On Limiting the Domain of Inequality* (*Journal of Law and Economics*, 1970, Vol. 13, No. 2)。

㉛ 参见 Masahiko Aoki, Kevin Murdock, Masahiro Okuno-Fujiwara: *Beyond the East Asian Miracle: Introducing the Market-enhancing View*, in Masahiko Aoki, Hyung-ki Kim, Masahiro Okuno-Fujiwara: *The Role of Government in East Asian Economic Development: Comparative Institutional Analysis* (Oxford University Press, 1998)。

㉜ 参见 Mancur Olson: *Power and Prosperity: Outgrowing Communist and Capitalist Dictatorships* (Basic Books, 2000); Omar Azfar, Charles A. Cadwell: *Market-augmenting Government: the Institutional Foundations for Prosperity* (University of Michigan Press, 2003)。

㉝ 参见 Edward Gu: *Market Transition and the Transformation of the Health Care System in Urban China* (*Policy Studies*, 2001, Vol. 22, No. 3-4)。

㉞ 参见 Michael Rothschild, Joseph Stiglitz: *Equilibrium in Competitive Insurance Markets; an Essay on the Economics of Imperfect Information* (*The Quarterly Journal of Economics*, 1976, Vol. 90, No. 4)。

㉟ 参见顾昕:《走向准全民公费医疗:中国基本医疗保障体系的组织和制度创新》(载《社会科学研究》,2017年,第1期)。

㊱ 参见朱恒鹏:《医疗体制弊端与药品定价扭曲》(载《中国社会科学》,2007年,第4期);朱恒鹏:《管制的内生性及其后果:以医药价格管制为例》(载《世界经济》,2011年,第7期);杜创:《价格管制与过度医疗》(载《世界经济》,2013年,第1期)。

㊲ 参见康赞亮、刘海云、向锦:《药品集中招标采购的信息经济学分析》(载《中国卫生经济》,2006年,第12期)。

㊳ 参见何文炯、杨一心:《医疗保障治理与健康中国建设》(载《公共管理学报》,2017年,第2期)。

㊴ 参见顾昕:《公共财政转型与政府卫生筹资责任的回归》(载《中国社会科学》,2010年,第2期)。

㊵ 参见《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》(人民出版社,2013年)。

[责任编辑 周莉]