

# 公立医院的经济学实质和依据

钟东波\*

卫生部政策法规司 北京 100044

**【摘要】**在市场经济条件下,公立医院是政府为弥补市场缺陷而干预市场、实现特定社会政策目标而建立的一种公共服务机构。公共生产是众多政府干预方式中的一种,其经济实质是政府作为所有者,从要素市场购买生产要素直接提供产品或服务。在如下三种情形下公共生产是合理的:当政府干预从产品市场进入要素市场能够降低交易费用时;当市场欠缺,需要依靠政府投入资金时;掌握剩余索取权和剩余控制权对政府具有特殊意义时。医疗领域是一个市场机制全面失灵的领域,公共生产的依据都适合医疗领域,作为公共生产的一种具体形式,公立医院以一种全面的、整合的方式解决医疗领域的多种市场失灵,具有明显的优势。

**【关键词】**公立医院;市场失灵;政府干预

中图分类号:R197.3 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2008)01-0045-06

## Economic essential and evidence of public hospital

ZHONG Dong-bo

Department of Health Policy and Legislation, Ministry of Health, Beijing 100044, China

**【Abstract】**In a market economy, public hospitals work as a government agency to resolve market failure and to pursue specified social policy objectives. Public production, one of various government intervention instruments, means that the government plays as an owner, and makes rather buys products and service from the factor market. The public production will be desirable under the following three situations: (a) transaction cost can be reduced, (b) market is missing, (c) and the residual claim and residual rights of control are vital for the government. Health sector is characterized as a feature of total market failure, which makes public hospital a desirable intervention for the government to resolve various type of market failure in a comprehensive and integrated way.

**【Key words】**Public hospital, Market failure, Government intervention

公立医院是一种普遍的、国际性现象,但是在不同国家和不同经济体制下公立医院的存在理由各不相同。在我国计划经济条件下,公立医院是计划经济的必然产物。在市场经济条件下,公立医院则是政府为弥补市场缺陷而干预市场、实现特定社会政策目标而建立的一种公共服务组织。在我国经济体制从计划经济转为市场经济之后,我国公立医院存在逻辑发生了历史性的转移。这是我们研究公立医院体制改革必须正视最基本的历史和逻辑前提。

根据笔者总结的分析框架,政府干预方式可分为产权安排、微观管制、筹资付费、公共生产、宏观调控、转移支付(或再分配)等六种<sup>[1]</sup>。对于同一种市场失灵,往往存在多种可以相互替代的干预方式。图 1 和表 1 展示了六种政府干预方式的内在关系、作用环节以及其与不同类型市场失灵的对应关系。医疗领域是一个全面市

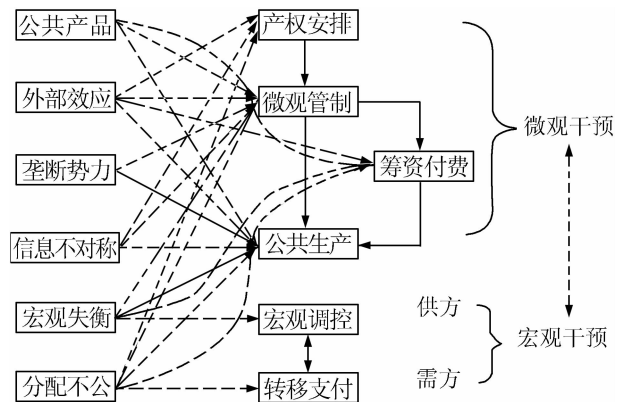


图 1 市场失灵与政府干预方式的内在联系  
市场失灵的领域<sup>[2]</sup>,因此所有的政府干预方式都可用于医疗领域。这些干预方式的不同选择与组合,与一个国家的文化传统、意识形态、经济发展阶段、政治制度以及卫生体系的历史沿革密切相关,形成了各式各样的各有特色的卫生体制。

\* 作者简介:钟东波,男(1972 年-),硕士,主要研究方向为卫生政策与管理、公共政策与管理,Email:zhongdb@163.com。

表 1 市场失灵与政府干预方式的对应关系

	制度安排	微观管制	筹资付费	公共生产	宏观调控	转移支付
公共产品		√	√	√		
外部效应	√	√	√	√		
垄断势力		√		√		
信息不对称	√	√		√		
宏观失衡		√	√	√	√	
分配不公	√	√	√	√		√

## 1 作为一种政府干预形式的公共生产

公共生产是众多政府干预方式中的一种,而公立医院则是公共生产的一种具体形态。公共生产可以采用的法律及组织形式很多,包括一般政府部门、政府部门代理机构、公法行政实体、国有企业等<sup>[3]</sup>。除了一般政府部门外,在其余承担公共生产功能的机构中,政府不是作为社会管理者利用公权力发挥作用,而是作为所有者以出资人的权利(即财产权利)为基础发挥作用,因此很多文献又称之为公共所有权、公共企业(事业)或公有制经济。

在传统的看法中,政府所有和提供被当作是避免市场失灵的基本途径,包括源于公共产品、外部性、垄断和信息不对称而产生的市场失灵<sup>[4-5]</sup>。这是因为:(1)政府具有强制力和征税权,可以克服搭便车问题,有效提供公共产品。(2)外部性对公共机构来说是不存在的,因为公共机构的所有者政府是全社会的代表,内部成本(收益)和外部成本(收益)之间的对立对政府来说是不存在的。(3)政府以所有者和提供者的身份,即使作为垄断者也不会剥削消费者,即使有盈余也属于全社会所有。(4)政府所有者不会利用信息不对称占消费者的便宜。

但是,公共生产只是政府干预市场众多方式中的一种,而不是唯一的一种。正如图 1 和表 1 所展示的,对于同一种市场失灵,存在多种不同的、具有一定替代性的政府干预方式。比如,对于公共产品而言,理论上只要政府投入货币选票,就可以引导私人部门提供该公共产品<sup>[6]</sup>。而外部性、垄断和信息不对称,也完全可以通过产权安排、微观管制和筹资付费等保留私人部门的干预方式得到纠正。因此,论证公立医院的设立需要更加充分的理论依据。

## 1.1 公共生产的经济实质

在分析公共生产的依据时,有必要先分析公共生产的经济实质。企业(组织)理论,尤其是其中的交易成本理论和产权理论,为理解公共生产的实质提供了富于解释力的理论工具,因为企业理论也是从解决“生产还是购买”(Make or buy)问题产生的。

真正的企业理论开始于科斯的工作。在《企业的性质》中,科斯提出两个相关的问题:既然市场机制是配置资源的有效方式,为什么要有企业存在?又为什么企业的边界不能太大?科斯运用其首创的交易费用分析工具,对这两个问题作出了开创性的回答。在科斯看来,利用市场价格机制是有成本的,诸如发现相对价格、谈判和签约等的费用,而建立企业后,一个契约替代了一系列的契约,企业家(或它的所有者)可以运用权威直接指挥生产而不顾每项具体活动的价格,从而大大降低了交易费用。但是,企业内部也存在管理与指挥的费用,随着企业规模的扩大,这些费用也可能会上升,因此企业的规模不可能无限扩大,其规模决定于这样一点:“企业内部组织一笔额外交易的费用等于在公开市场上完成这笔交易的成本,或者等于由另一个企业家来组织这笔交易的成本”。科斯运用交易成本分析工具揭示了企业的产生原因与本质,划定了企业和市场的边界,说明了企业的规模,奠定了现代企业理论的基础。<sup>[7]</sup>

张五常对科斯的的企业理论进行深入系统的剖析,在肯定科斯的贡献的同时,提出了企业是一种合约的观点。张五常分析了交易成本的四种类型,指出随着交易对象的不同,不仅交易的数量不同,而且对交易对象的度量与定价成本也不同;由于交易费用在生产要素市场与产品市场具有不一致性,企业的发展可看作产品市场被要素市场所代替,企业的本质在于“用要素交易的契约代替产品交易的契约”,从而节约了交易费用。<sup>[8]</sup>张五常的分析表明,在连续的生产过程中,市场交易的一般选择在交易费用较低(交易数量少、交易对象度量与定价成本低)的环节进行,对于交易费用太高的环节,则组成企业进行协作生产或许是成本更低的办法。

20 世纪 70-80 年代以后,经济学家们进一步分

析了影响交易成本的具体因素,使企业理论渐臻完善,其中特别值得一提的是威廉姆逊的贡献。威廉姆逊把影响交易成本的因素分为两类:第一类是人的因素,包括有限理性和机会主义两大特征;第二类是与特定交易有关的因素,包括资产专用性、不确定性、潜在交易对手的数目和交易频率等维度。威廉姆逊认为,在有限理性、机会主义、不确定性和小数目条件等因素的综合作用下,市场机制就会失灵,企业组织作为一种能够节约交易费用的等级制度就应运而生。<sup>[9-11]</sup>

格罗斯曼和哈特等则将企业明确定义为不完全契约。他们发展了一个被称为资产特异性模型,该模型表明,由于某些资产的特异性和信息不对称导致合约不能完全时,剩余权的非对称分配(即企业)有可能消除或至少减少资产专用性所产生的机会主义问题,从而减少事后交易费用。该模型揭示了产权分配结构对交易费用大小的关键性影响。<sup>[12]</sup>经济学家因此将企业的剩余索取权和剩余控制权统称为企业所有权。获得企业所有权的目的是,就在于拥有企业的剩余控制权与剩余索取权<sup>[13]</sup>。

杨小凯、黄有光把科斯与张五常的思想数学化、模型化,建立了一个称为“间接定价理论”的企业理论。他们认为,企业是一种巧妙的交易方式,它可以把一些交易费用极高的活动卷入分工,但同时却可以避免这类活动的直接定价和直接交易,从而减少交易费用扩大分工。<sup>[14]</sup>

Girishankar 根据制度经济学的原理发展一个模型用以协助公共部门作出“生产还是购买”的选择。这个模型建立在对产品的两个特征的基础上,即可竞争性和可测量性。<sup>[15]</sup>可竞争性是指产品的提供存在潜在的和现实的竞争,以不存在或低的进入与退出障碍为特征,包括没有沉淀成本、自然垄断、资产专用性、地理优势等;可测量性是指某一特点产品的投入、过程、产出和效果可以被测量的准确程度,主要与信息不对称程度相关。可竞争性和可测量性共同确定了产出和交易成本之间的关系。一般而言,可测量性高的产品需要的选择和监控成本较低,从而交易费用也低;同样,高可竞争性的产品,更换提供者时面临的转换成本较低,交易成本相对较低。对于高可竞争与高可测量性的产品,适合向市场购

买;对于低可竞争性的产品,不管可测量性如何,购买者都需要与提供者建立长期的合同关系以避免机会主义;对于低可测量性,尤其是同时具有低可竞争性的,适合自己生产。

参照企业(组织)理论的成果,从理论上,我们可以概括关于公共生产的如下经济实质:(1)与筹资付费相比,公共生产意味着公共部门的干预从产品市场进入要素市场,即从买产品变为买要素并直接生产产品;(2)政府的资金从购买产品的消费性支出变成购买生产要素的投入性支出,政府作为所有者承担中心缔约者的作用;(3)政府与生产要素之间存在不完全的合同关系,政府拥有所有权,即剩余控制权和剩余索取权,可以权威指挥生产过程;(4)这一制度安排的最终目的,在于降低交易费用,使政府干预的效用最大化。

## 1.2 公共生产的依据

上述关于公共生产经济实质的分析实际上已经隐含了公共生产的经济学依据。从理论上分析,公共生产中有三个关键点:(1)从产品市场进入要素市场以降低交易费用;(2)政府资金作为投入性支出;(3)政府拥有剩余控制权和剩余索取权。因此,公共生产在如下三种情形下是合理的选择:

### 1.2.1 当政府干预从产品市场进入要素市场能够降低交易费用时

根据上一小节的分析,这种情形一般出现在如下条件下:(1)要素市场交易数量比产品市场交易数量明显下降;(2)要素的可测量性比产品的可测量性明显提高,从而信息不对称程度明显降低;(3)要素交易的不确定性程度比产品交易明显降低;(4)当产品交易面临资产专用性、小数目交易、交易对象太少时,从而面临市场契约失灵时,也可以考虑。一个典型的例子是政府举办公立医院。与医院服务的要素市场相比,医院服务的种类极其复杂多样;同时医疗服务的数量与质量的可测量性又很差,服务的不确定性也高,信息不对称程度非常高,契约的不完全程度很高,容易遭遇契约失灵;同时面临着资产专用性和交易对象少的困扰<sup>[16]</sup>。因此,在政府已经决定为医院服务筹资付费时,政府采用投资举办公立医院的方式要比向私人医院购买服务的方式在交易成本方面要小得多。

### 1.2.2 当市场欠缺,需要依靠政府投入资金时

在某些情况下,根本不存在市场或市场的替代品<sup>[4]</sup>。因此,即使居民或政府愿意筹资付费,市场也无法提供相关的产品。这种情形又可包括两种具体情况<sup>[17]</sup>:(1)某些行业需要巨额的初始投资,而私人部门难以筹集到相应的资金。典型的情况如二战后各国重建基础设施、殖民地国家独立后建立基础设施,由于私人部门在短期内无力筹集巨额资金,因此各国政府不得不通过公共生产加以提供。实际上,我国建立公立医院体系,也不单纯是意识形态的作用,也是现实的选择,在建国后,只有政府具有信誉、巨大的财力以及组织、人力资源去建立公立医院体系,去解决紧迫的公共卫生问题,满足广大群众的医疗保健需求<sup>[18]</sup>。国家在边远落后地区举办公立医疗机构,也属于这种类型。与上一种情形相比,这种情形并非内在的、本质的原因,随着私人部门的力量壮大,特别是资本市场或货币市场的发展后,这种类型的公共生产的必要性就逐步下降。(2)某些行业具有高度风险,私人部门缺乏意愿参与。例如基础研究、新技术开发引进过程中伴随较大风险的产业,需要长期的投入,因此私人部门都缺乏积极性参与。政府只好设立公营机构直接提供这些产品和服务。在医疗领域的例子如:我国设立医学科学院、美国设立的国立卫生研究院等。

### 1.2.3 掌握剩余索取权和剩余控制权对政府具有特殊意义时

这种情形又可包括如下几种具体情况:(1)为了掌握剩余索取权,从而为国家筹资。例如,政府在自然资源领域设立国有企业,对某些特殊产品(如烟酒等)实行国家专营,可以为国家筹集大量资金。(2)对某些特殊的服务政府需要严格掌握剩余控制权。比如,涉及高度政治敏感性的服务更适于政府自己提供,以使政府能够更加紧密的参与、监督与控制<sup>[5]</sup>。在中国医疗领域的一个例子是负责为国家领导人提供医疗服务的保健医院。(3)掌握剩余索取权与剩余控制权都很重要。比如,对于自然垄断行业,采取公共生产的方式,可以避免消费者受到私人垄断者的剥削,即使存在经济剩余,也属于国家所有。同样,对于高度信息不对称的行

业,采用公共生产的方式,可以削弱提供者利用信息优势占消费者便宜的动机。汉斯曼提出,非营利性部门是解决提供者与消费者之间信息不对称引起的契约失灵的一种制度安排,因为非营利性机构的盈余不能分配,从而削减其利用信息不对称剥削消费者的动机。<sup>[19]</sup>而这正是非营利性机构在卫生保健领域盛行的重要原因<sup>[20]</sup>。从广义上讲,包括公立医院在内的公共部门也是一种非营利性机构<sup>[5]</sup>,从而也有利于克服信息不对称引起的契约失灵。(4)政府干预私人部门能力不足,如缺乏有效的管制、合同购买能力时,不得不依靠对所有权的直接控制<sup>[21]</sup>。(5)国家为了实行某些特殊的发展战略必须控制剩余索取权。林毅夫等就认为,我国国有企业的发展并不单纯是社会主义意识形态的产物,而是在资金极端稀缺的资源禀赋下实行重工业优先发展战略的必然产物,只有通过设立国有企业,控制并汇集稀少而分散的剩余,动员资金投入当时并不具有比较优势的重工业,才能实现既定的发展战略。<sup>[22]</sup>

除了以上三种情形,公共生产还有其他的一些原因。(1)意识形态偏好和历史习惯问题。比如,欧洲的福利国家更偏好以设立公营部门干预政府失灵,而美国则更偏好采用管制的手段,因此也被称为管制国家。社会主义国家是更典型的例子,国有企业和其他公营部门更成为普遍的制度。(2)某些政府干预手段需要更多的知识积累,比如政府管制与合同购买等,因此在特定的历史发展时期,由于其发展尚不成熟,也就未进入当时决策者的视野。(3)在某些发展中国家的特定的发展阶段,由于经营管理人才不足,国有企业可以更加有效地发挥有限的经营管理人才的作用<sup>[23]</sup>。(4)为挽救行将倒闭的、关系到公共利益的企业而由国家接管,主要见于经济危机时期。<sup>[24]</sup>(5)控制国家支柱和主导产业,保护国家经济主权。<sup>[24]</sup>(6)转变经济性质,由资本主义转变为社会主义。<sup>[24]</sup>

## 2 公立医院为什么盛行

上文分析了公共生产的各种原因,可以看到,公共生产的主要理由都适合于医疗领域,特别是医院服务领域。其根本的原因,在于医疗领域的全面市

场失灵,特别是公平性问题和信息不对称问题。这些原因可以解释,为什么在一个企业(营利性组织)成为最重要的市场微观主体的世界中,即使在市场经济体制高度发达完善的国家,公立医院成为医疗

服务领域中最重要微观主体(表 2);也解释了为什么同样属于医疗领域,医院服务中公立机构的比重要远高于初级卫生保健领域<sup>[25]</sup>。

表 2 若干发达国家医院分类情况

国家	医院总数	公立	床位 数比例(%)	私立 非营利	床位 数比例(%)	私立 营利	床位 数比例(%)	备注
加拿大	1 227	1 121	91.4	-	-	62	5.1	1990 年
德国	3 046	1 046	34.3	1 021	33.5	979	32.1	1989 年
法国	-	-	65.0	-	16.0	-	19.0	1990 年
意大利	1 774	1 074	60.5	84	4.7	616	34.8	1988 年
西班牙	851	362	42.5	311	36.5	178	20.9	1988 年
瑞士	-	-	46.0	-	32.0	-	22.0	1991 年
英国	1 401	1 185	84.6	-	-	216	15.4	1990 年
美国	5 812	2 015	21.6	3 000	51.6	797	13.7	1997 年

资料来源:1.《工业化国家医疗保险制度改革》,卫生部政策法规司,1997 年;2. 美国资料为美国医院协会 1997 年的统计数据。

注:1. 加拿大非营利性医院全部计入公立医院中,其中 29.5% 为联邦政府所有,13.7% 为省政府所有,45.8% 为非营利性组织所有,11% 为宗教组织所有。此外,还有 44 所医院为联邦政府所控制,由退伍军人事务部门、加拿大卫生与福利部、大企业、国家军事部门及司法部门管理。2. 美国医院数中不包括为军人、退伍军人、本土少数民族服务的联邦医院 285 所。

概言之,公立医院以一种全面的、整合的方式解决医疗领域的多种市场失灵。可以说,公立医院制度中隐含若干重大的制度安排,从而有助于克服全面市场失灵:(1) 公立医院一般与税收筹资相结合,而税收筹资从筹资的公平性与效率而言,是最佳的筹方式,从而能以较高的效率解决公平性问题、公共物品生产(医学科研)和正的外部性问题;(2) 公立医院一般采用总额预算制度,而经济学研究表明总额预算制度是克服信息不对称带来的内部化问题,控制医药费用过快上涨的最佳手段<sup>[2]</sup>; (3) 公立医院属于广义的非营利性组织,可以削弱其营利动机,减少提供者滥用信息不对称的情况,有助于克服契约失灵;(4) 公立医院必须实行财务制度公开和透明,从而有助于克服信息不对称;(5) 公立医院的剩余控制权掌握在政府手中,从而有助于公众通过民主途径制约垄断势力。

对于医疗领域的全面市场失灵,也可以采用分散的方式进行治理,即分别采用产权安排、管制(包括反托拉斯管制、经济管制和社会性管制)、筹资付费、合同购买、转移支付等不同方式干预不同方面的

市场失灵<sup>[21,26]</sup>。但是,这种方式具有一些明显的缺点:(1) 它们对于政府的管理能力有更高的要求;(2) 大量的干预机构叠床架屋,造成了公共资源的浪费;(3) 更重要的是,这些机构不一定能够在干预中实现信息的共享以及协调合作,从而削弱了政府干预的效果<sup>①</sup>。

国际上关于卫生体制的宏观绩效比较也表明,采取公立医院体系占绝对主导地位的国民卫生服务体制,比其采用社会保险体制、商业保险为主导的体制,无论从公平性、健康效果、控制费用水平而言,都处于更佳水平<sup>[27]</sup>。当然,该体制也存在一些问题。以排队分配机制替代了价格分配机制,容易招致批评。同时,在该体制中,自由选择、创新等,都不如后两者。但是,这些指标,就其重要性而言,不如前面三个指标。

需要指出的是,采用何种体制,主要考虑该社会的优先目标。如果一个国家卫生体制的优先目标是控制费用、达致公平,则类似于英国的公立医院为主导的体制无疑是最适合的体制。如果目标是自由选择、创新和高质量,则美国以商业保险为基础的体制

① 中国高度分散化的卫生行政管理体制带来的问题,就是一个典型的例子。

是最适合的体制,如果要在两者之间达成均衡,则以德国、法国等为代表的社会保险体制是更适合的体制。但是,不管在何种卫生体制中,公立医院都占据重要的地位。从极端的意义上讲,即使不能与公共筹资相结合,公立医院的存 在也具有重要的制度意义。这个时候的公立医院,类似于私立非营利性组织,可以克服信息不对称导致的契约失灵问题,同时也能通过交叉补贴实现一定程度的转移支付作用。当然,这必须是以政府廉洁、有效的治理为前提的。

### 参 考 文 献

- [1]钟东波. 公立医院体制改革研究[D]. 北京大学政府管理公共管理硕士论文, 2005.
- [2] Donaldson C, Gerard K. Economics of Health Care Financing: The visible hand[M]. London: Macmillan, 1993.
- [3]世界银行. 中国: 深化事业单位改革, 改善公共服务提供[M]. 北京: 中信出版社, 2005.
- [4][美]斯蒂格利茨(Joseph E. Stiglitz). 经济学(第二版中文版)[M]. 梁小民, 等译. 北京: 中国人民大学出版社, 2002.
- [5]黄佩华, 张春霖, 爱得华-曼特菲尔德. 为中国事业单位改革制定远景目标: 一个分析框架[R]. 世界银行, 2003.
- [6][美]萨缪尔森, 诺德豪斯. 经济学(第十六版, 中文版)[M]. 萧琛译. 北京: 华夏出版社, 1999.
- [7][美]科斯. 企业的性质(中译文)[M]// 论生产的制度结构. 上海: 上海三联书店, 1994.
- [8]Cheung S. The contractual nature of the firm[J]. Journal of Law and Economics, 1983, 26(1): 1-21.
- [9]Williamson O. Markets and hierarchies: Analysis and anti-trust implication[M]. New York: The Free Press, 1975.
- [10]Williamson O. Transaction Cost Economics: The governance of contractual relations[J]. Journal of Law and Economics, 1979, 22(2): 233-261.
- [11]Williamson O. The economics institutions of capitalism[M]. New York: The Free Press, 1985.
- [12]Grossman S, Hart O. The costs and benefits of ownership: A theory of vertical integration[J]. Journal of Political Economics, 1986, 94(4): 691.
- [13]张维迎. 企业理论与中国企业改革[M]. 北京: 北京大学出版社, 1999.
- [14]Yang X, Ng Y K. Theory of the firm and structure of residual rights[J]. Journal of Economic Behavior and Organization, 1995, 26(1): 107-128.
- [15]Girishankar N. Reforming institutions for service delivery: a framework for development assistance with an application to the health, nutrition, and population portfolio[R]. Washington, DC: World Bank, 1999.
- [16]McPake B, Charles N. Health Economics: An International Perspective[M]. London and New York: Routledge, 2002.
- [17]植草益. 微观规制经济学[M]. 朱绍文, 等译校. 北京: 中国发展出版社, 1992.
- [18]李卫平, 钟东波. 国有医院产权制度改革的理论探讨[J]. 中国卫生经济, 2002, 21(5): 1-4.
- [19]Hansmann H B. The role of nonprofit enterprise[J]. Yale Law Journal, 1980, 89(5): 835-901.
- [20][美]舍曼·富兰德, 艾伦·C·古德曼, 迈伦·斯坦诺(Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano). 卫生经济学(第3版中文版)[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2004.
- [21]Preker A S, Harding A, Travis P. "Make or buy" decision in the production of health care goods and services: New insights from institutional economics and organizational theory[N]. Bulletin of World Health Organization, 2000, 78(6): 779-790.
- [22]林毅夫, 李周. 现代企业制度的内涵与国有企业改革方向[J]. 经济研究, 1997, (3): 3-10.
- [23]金碚. 国有企业根本改革论[M]. 北京: 北京出版社, 2002.
- [24][澳]欧文·E·休斯. 公共管理导论(第二版, 中文简体版)[M]. 彭和平, 等译. 北京: 中国人民大学出版社, 2001.
- [25]钟东波. 发展社区卫生服务的若干思考[J]. 中国卫生经济, 2000, 19(1): 11-12.
- [26]Harding A, Preker A S. A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals[M]// Preker, A. S. and Harding, A. Innovation in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospital. Washington, DC: World Bank, 2003
- [27]杨红燕. 世界各国主要医疗保障模式比较分析[J]. 医学与哲学, 2002, 23(5): 1-5.

[收稿日期:2008-09-18 修回日期:2008-10-06]

(编辑 何平)