

誰應為醫療保健買單？—— 中國城鎮衛生籌資責任主體歷史 演進的儒家反思

吳靜嫻

摘要

一個道德上公正的醫療保健制度，不僅應該保障人人都可以均等地獲得基本的衛生保健服務，還應該是財務上可持續的。醫療保健制度籌資責任主體一般包括政府、個人、家庭等，各籌資主體責任大小對實現一國或一地區衛生資源的有效配置、為當地居民提供公平而又有效的醫療衛生服務至關重要。

本文將建國以來中國城鎮地區醫療保健制度的發展演進劃分為四個階段，分別是計劃經濟時期、經濟制度轉軌時期、市場經濟初期、全民基本醫療保險時期，基於儒家生命倫理原則，對中國（內地）城鎮地區衛生籌資責任主體進行回顧、反思，分析認為中國衛生籌資責任主體發展經歷了「政府大包大攬、個人及家屬免費享受」——「政府財政逐漸退出、個人及家庭負擔加重」——「政府責任回歸、個人負擔有所下降」——「政府、市場、個人責任逐漸趨於均衡」這一過程。基於儒家

吳靜嫻，西安交通大學及香港城市大學聯合培養博士生，中國西安、中國香港。

衛生正義觀，本文認為「仁政」不是絕對平均主義，也非個人全權負責；「家庭本位」的傳統文化在中國一直活躍至今，制度安排亟需家庭責任的回歸。在儒家看來，一個道德上合理的衛生籌資責任，應該是個人、家庭和政府的平衡與和諧。

【關鍵字】 衛生籌資 責任主體 儒家倫理 衛生正義

一、引言：為什麼要關注衛生籌資

各國醫療保健制度發展經驗表明，一個公平正義的醫療保健制度首先應該保障人人都可以獲得基本的衛生保健服務，即實現「全民健康覆蓋」(Universal Health Coverage)，在此基礎上，這一制度必須是經濟上可持續的。這便需要回答一個問題——「誰應為醫療保健買單」(Who should pay for health care?)是政府？個人？還是家庭？衛生費用的數量、規模、結構，關係著醫療保健制度的財務可持續性(cost containment)，對於實現一國或一地區衛生資源的有效配置、為當地居民提供公平而又有效的醫療衛生服務至關重要。

在中國，自 1949 年建國以來，隨著社會經濟的不斷發展、醫療保健制度的不斷變革，衛生籌資責任主體經歷了多次變化。本文將 1949 年建國以來中國（內地）城鎮地區醫療保健制度的發展歷程劃分為四個階段¹，分別是計劃經濟時期、經濟制度轉軌時期、市場經濟初期、全民基本醫療保險時期，探討各階段醫療保健的籌資責任主體及其責任大小，這些主體包括：政府、社會、個人、家庭等；基於儒家衛生正義原則進行評價、反思，並提出一個道德上合理的衛生籌資責任觀。

(1) 由於中國地域發展存在嚴重的不平衡，醫療衛生制度改革亦如是，因此這裡模糊時間節點，不以具體年份劃分階段。

二、計劃經濟時期

1949年建國以來，受蘇聯醫療衛生體制的影響，為大力改善工人社會保障狀況、充分體現社會主義優越性，中國城鎮醫療衛生實行政府絕對主導的籌資模式。政府以蘇聯的勞動保險體制為範本，針對城鎮居民建立公費和勞保醫療制度，為廣大機關事業單位和企業員工及其家屬提供了十分慷慨的醫療保障，政府和國有企業幾乎肩負了城市地區所有醫療衛生籌資責任。

1. 制度安排：公費醫療與勞保醫療

計劃經濟時期的城鎮醫療保障體系主要組成部分是覆蓋企業職工和退休人員及其家屬的勞動保險醫療制度（以下簡稱勞保醫療制度）和覆蓋機關、事業單位工作人員的公費醫療制度及其家屬的醫療費用補助或統籌制度（以下簡稱公費醫療制度）。

(1) 勞保醫療制度

1951年2月國家政務院發佈《中華人民共和國勞動保險條例》，規定了企業職工本人及其家屬生老病死傷殘等多方面的待遇，其中，工傷和疾病待遇是排在前列的保障內容。從制度類型來看，勞保醫療保障一直是強制性的雇主責任制度，規定由每個企業直接支付醫療費用，以此鼓勵企業關心工人的健康，增加安全和衛生設施。享受勞保醫療的主要對象是國有企業的職工和退休人員；縣以上城鎮集體企業可參照執行。

1969年之前，企業醫療保障費用的主要來源是勞保醫療衛生費，在企業生產成本專案中列支，按照企業工資總額的一定比例提取；補充性資金管道有企業自留的勞動保險金和按規定提取的福利費。1969年以後，財政部規定，企業醫療衛生費、福利費和獎勵基金合併為「企業職工福利基金」。1966年以前，職工和退休人員患非職業病或非因公負傷，其所需診療費（含掛號費和出診費）、住院費、手術費和普通藥費均由企業負擔，貴重藥費原則上由本人負擔，也可由企業勞動保險基金酌予補助或由企業福

利費負擔；住院的膳食費及就醫路費由職工和退休人員本人負擔，如本人經濟狀況確有困難，可由企業酌情予以補助。1966年以後，掛號費和出診費改由個人負擔。患者一般是在指定的門診部或醫院就診、住院；經過用人單位的批准，方可轉院和報銷醫藥費。此外，職工和退休人員供養的直系親屬患病時，可以在該企業醫療所、醫院、特約醫院或特約中醫院免費診治，手術費和普通藥費，由企業負擔50%；貴重藥費、就醫路費、住院費、住院時的膳食費及其他一切費用，均由本人自理。對於確實有困難的家庭，可由企業福利費酌情予以補助。

簡言之，勞保醫療制度是對企業職工就醫實行很少量收費、對職工家屬實行半費保障的一種強制性雇主責任制度。該制度在建國後較長時期內為廣大工人、職員及其家屬提供了廉價乃至免費的醫療保障，對於保障其健康水準與勞動力再生產能力奠定了制度基礎。但是，其保障程度深受企業經濟效益影響，經濟效益好的企業基本是完全免費的醫療，經營困難的企業職工則連基本醫療都難以得到保障。基金籌集同樣未體現國家、單位和個人共同籌集的原則，醫療制度覆蓋面窄，管理和服務的社會化程度低，企業負擔重，同時缺乏穩定的經費來源。

(2) 公費醫療制度

職工和退休人員公費醫療制度的法律基礎是1952年6月政務院發佈《關於全國各級人民政府、黨派、團體及所屬事業單位的國家工作人員實行公費醫療預防的指示》。在工作人員家屬醫療待遇方面，1954年3月政務院發出通知，規定設立工作人員福利費預算，用於職工家屬的醫療費支付困難等項補助。1955年9月，財政部、衛生部和國務院人事局又聯合發出通知，建議有條件的國家機關開展子女醫療費用統籌，沒有條件的單位應該繼續對家屬醫療費困難實行福利費補助。

從制度類型來看，與勞保醫療類似，職工公費醫療和家屬醫療保障都是強制性的雇主責任制度。不過，公費醫療實行的是轄

區管理，一般由區縣政府統籌、審核和監督使用各單位的公費醫療經費。公費醫療的主要保障對象是國家機關和全民所有制事業單位工作人員、離休人員和退休人員；二等乙級以上革命殘廢軍人；以及國家正式核准設置的高等院校在校學生。國家機關及全額預算管理單位的公費醫療經費是由國家財政按人頭撥付給各級衛生行政部門，實行專款專用、統籌使用的原則，不足部分由地方財政補貼。差額預算管理和自收自支預算管理單位是從提取的醫療基金中開支。每年由國家根據受保人群對醫藥方面的需要和國家的財力，以及醫療單位所能提供的資源，確定人均支出定額。1980年以後，國家將公費醫療定額標準交由地方政府確定。在醫療待遇方面，公費醫療與勞保醫療基本相同，不過，前者的藥品報銷費範圍要寬於後者，只要求個人自付營養滋補藥品。在就醫管理辦法上，兩者完全相同。此外，對於子女患病醫療問題，機關單位可以組織職工繳費，實行醫療費用統籌；也可以不實行單位統籌，但對子女等家屬的醫療費支付確有困難者，要從單位福利費中給予補助。

簡言之，公費醫療制度是對機關事業單位工作人員基本實行免費就醫、對其供養親屬實行單位互助或補助的一種強制性雇主責任制度。它是一種國家醫療保險的福利制度，保障水準較高，為公務員及事業單位人群提供了優厚的醫療保障待遇，該制度在部分地區一直沿用至近年才逐漸取消，對中國醫療衛生制度產生了深遠的影響。

2. 制度效果：政府主導衛生籌資，平等有餘，效率不足

建國初期，為了適應計劃經濟體制的要求而建立的公費醫療和勞保醫療制度，具有很強的福利特徵，是政府和企業承擔全部籌資責任，個人責任幾乎為零的典型社會主義模式。這種國家保障模式為廣大城鎮地區勞動者提供了優厚的醫療保障，對於保障職工的身體健康、促進經濟發展、維護社會安定和團結方面發揮了重要的作用，凸顯了中國社會主義制度的優越性，激發了勞動

者的工作積極性，在很長一段時間內起到了提高生產力、促進經濟發展的正面作用。

從宏觀上看，雖然當時國家財力不強、醫療衛生總投入不高（衛生總費用不足 GDP 的 3%），但政府主導的衛生籌資制度用很少的醫療資源為廣大國民提供了基本的醫療福利，為提升中國居民健康水準、改善醫療保障狀況、維護社會穩定提供了制度保證。到 20 世紀七十年代末，中國已成為擁有最全面醫療保障體系的國家之一，80%-85% 的人口享有基本醫療保健（黃樹則，2009）。當時的醫療保障制度在提高居民健康水準、減少患病風險等方面取得了顯著成績²，人均期望壽命由解放前的 35 歲提高至 1978 年的 68 歲，達到當時發達國家平均水準；嬰兒死亡率由解放前的 200% 降至 40%，一些嚴重威脅人民群眾生命與健康的傳染病（如天花、霍亂等）被滅絕（李玲 2010，83）。1981 年，世界衛生組織提出「到 2000 年人人享有醫療保健」（Health for all by the year 2000）的目標，並將中國的醫療模式作為典範向世界推薦（Mahler 1981，36）。印度諾貝爾經濟學家阿馬蒂亞·森也對毛澤東時代中國的醫療體系表示高度稱讚，他認為，「中國在醫療資源（包括農村的醫療服務）分配方面比印度公平得多³，避免了持續的營養不良和普遍的不健康狀況」（王紹光 2005，3-12）。

在計劃經濟時代，整個經濟體系的價格都是由國家決定的，市場的微觀基礎不復存在，國營和集體經濟成為國民經濟體系的主導，計畫指令成為配置資源的唯一方式。在衛生領域，經典社會主義制度的家長制作風得到凸顯，即政府將對國民進行照顧，使其獲得免費的醫療保健（雅諾什·科爾奈 2003，53）。正是在政府強有力的干預與調控下，中國在建國以後經濟尚處於恢復階段的情況下，用較低的衛生籌資成本實現了國民健康水準質的飛

(2) 本文只探討城鎮地區醫療保障問題。但必須承認，這一階段，農村三級衛生服務體系也對推進居民健康水準提高起到了重要作用。

(3) 這裡的「公平」應為「平等」，即所謂的人人享有的「底線公平」。

躍和醫療保障水準顯著的提高。換言之，中國政府用低廉的衛生支出成本解決了廣大城鄉居民的基本健康保障問題，從當時的社會經濟約束條件來看，取得了很大的成功。

從微觀上看，這一時期雖然城鎮居民只是享有低水準的醫療保障，但並不存在「看病難、看病貴」的問題。以一個 1978 年的城鎮普通四口之家（父、母及子女各一人）為例，假設該家庭無重特大疾病成員，父母均為在業狀態，享有勞保醫療，子女尚未成年就職。當年全國城鎮職工平均年工資收入為 615 元人民幣⁴，人均衛生總費用為 11.45 元，其中人均政府衛生支出為 3.68 元，人均社會衛生支出為 5.43 元，個人現金衛生支出為 2.34 元⁵。可算得，全年該家庭工資總收入為 1,230 元，家庭衛生支出為 45.8 元，其中家庭自我承擔 9.36 元，僅佔家庭工資收入的 0.76%。這一時期，由於城鎮居民收入水準普遍較低，改善公共衛生和營養條件，就滿足了基本醫療衛生需求。而且，當時的醫療保障制度不僅覆蓋參保人群，還將其家屬納入其中。以勞保醫療為例，職工家屬就醫，由企業負擔 50%，對於困難家庭，企業更是酌情增加補助，大大減輕了居民的疾病經濟負擔。

但是，任何一種制度都不可能是完美無缺的，建國後城鎮地區由政府承擔主要籌資責任的高福利醫療保障模式也存在一定缺陷，在注重人人平等的同時，卻忽視了效率。

第一，隨著社會經濟的發展，人民醫療服務需求的提高，政府和企業已經難以獨自承擔巨大醫療費用的壓力。政府對公費醫療的財政托底面臨較大的不可持續性，勞保醫療也對企業形成經濟負擔，尤其在 1969 年取消企業間保險基金互濟後，不同財力和年齡結構單位的醫保負擔畸輕畸重問題嚴重，疾病風險被限制在小範圍內，無法在更大的風險池中得到稀釋與分散，以至於 1966

(4) 資料來源：中國國家統計局，中國統計年鑒 2001。本文中出現的所有貨幣數量，其幣種均為人民幣。

(5) 1978 年全國衛生總費用 110.21 億元，其中政府衛生支出 35.44 億元，社會衛生支出 52.25 億元，個人現金衛生支出 22.52 億元，當年全國總人口 96,259 萬人（資料來源：中國國家衛生部，中國衛生統計年鑒 2001）。

年至 1976 年十年文化大革命期間，中國醫療保障事業發展基本處於停滯階段。不同地區、不同所有制、不同行業和不同單位之間，職工勞保醫療享受待遇差異很大；一些生產經營困難的企業、單位，職工醫療費長期得不到報銷，醫療費拖欠現象嚴重。

第二，計劃經濟體制下，中國衛生籌資由政府 and 企業承擔主體責任，福利制度與國家和單位緊密聯繫，不僅阻礙了勞動力流動，而且增強了人們對單位的依賴性，導致公眾習慣於政府的悉心照料而缺少對自己的生活和選擇予以負責的態度（雅諾什·科爾奈 2003，15）。例如，事前個人不用繳納保險費，看病時個人基本不用分擔醫療費用，在沒有能夠將受保人普遍塑造成所謂的「共產主義新人」的情況下，這種近於免費的規定（或者稱之為過度保障）導致了一些覺悟低的患者「小病大養」和「小病大治」，浪費大量本就短缺的醫療資源，尤其是高級幹部保健制度，以極少人口耗費大量最優質的醫療資源，還使一些人產生了對國家的依賴思想，要求「一切由國家包下來」（貢森 2005，63-77）。

3. 儒家反思：政府大包大攬，既非「仁政」又難以持續

建國初期的醫療保健籌資責任全部由國家承擔。公費醫療方面，各級政府將公費醫療經費列入財政預算，由本級衛生行政部門掌握使用，專款專用，不得平均分發；勞保醫療方面，各項費用全部由企業負擔。隨著社會主義改造完成，實行勞動保險的企業以國營企業為主，由於國營企業統收統支，資金的最終來源實質上還是國家財政（杜創、朱恒鵬 2016，66-89）。在醫療服務供給受到嚴格控制的前提下，計劃經濟時期城鎮醫療保障制度旨在為城鎮範圍內的全體公有制單位職工及其家屬提供基本上完全平等的、全面的保障。在現實中，它解決了 70% 左右的城鎮人口的醫療保障問題，促進了城鎮醫療服務體系的建立。這種國家責任主導、財政全權負擔的醫療保障制度，在人民群眾生命健康堪憂的建國初期，取得了卓越成效，但卻難以為繼。

第一，國家財政負擔過重，政府施行絕對平等主義，既會導致經濟不可持續，又不符合儒家「仁愛」要求。儒家認為，一個仁愛的政府應該做到「以民為本」而非「以政為本」，即不應該將所有的資源統統集中於政府手中進行統一調配。這一時期，政府大包大攬、醫療收支皆由財政主導的醫療保健籌資體制，讓政府在一定程度上越俎而代家庭、個人之庖（范瑞平 2011，246）。在醫療機構層面，公立醫院的政府補貼經歷了不同階段：1949-1960 年間實行「統收統支」管理；1960-1978 年間，公立醫院開始可以留用收支結餘，但結餘可用的範圍被進行嚴格限定，與此同時，受財政狀況影響，政府對醫院進行補償的範圍也大幅縮小，但是在建國後的 30 年間，政府對公立醫院的財政補助始終保持了較高的水準，保證其社會功能不偏離既定目標⁶。政府對公立醫院的補助政策由建國初期的大包大攬、完全托底逐步向局部範圍內有選擇性投入轉變，這一方面是由於受到不斷攀升的醫療費用的財政壓力所致，另一方面也與建國後中國經濟發展的曲折過程和財力不支有關。儒家承認，政府的確應該建立一個全民覆蓋的基本醫療保健制度，但必須要讓每個家庭、個人同時負擔起醫療保健責任。否則，勢必會國家財政不可持續，醫療保健制度經濟支持匱乏。

第二，這一衛生籌資體制未體現國家、用人單位、個人共同籌集資金的原則，與儒家推崇的「和」相悖。儒家認為，萬事萬物不是自足的存在著，每個個體必須要與另外一個個體相互形成一個統一體，統一關係、互補存在，才能實現和諧。應用到醫療衛生領域，政府單方大包大攬，個體、社會不予參與，這種籌資體制難免脆弱。例如，個人及家庭的衛生籌資責任沒有體現，勢必引發道德風險，資源浪費問題嚴重。而這一時期的醫療保障制度也恰恰說明了，城鎮醫療保障制度政府包攬包得過多，沒有建

(6) 參見中國公立醫院改革的歷史回顧：
<http://www.healthpolicy.cn/rdfx/glyygg/lshg/>

立起制約醫療服務提供者、消費者和購買者（單位）三方的有效機制，這種全面保障的、沒有制約的制度安排與中國的經濟發展水準和社會各方面的思想覺悟程度不相適應，結果必然導致醫療服務的過度消費和浪費、醫療費用過快增長。

三、經濟制度轉軌時期

在計劃經濟條件下，由於醫療保障水準過高和需方制約機制缺失，勞保醫療和公費醫療的費用超支和浪費問題極其嚴重。1978年改革開放以後，隨著中國由計劃經濟向市場經濟的轉變，醫療衛生制度逐步走上市場化的道路，醫療衛生服務商品化供給、醫療衛生機構市場化運行，政府逐步退出在衛生籌資領域的主導角色，城鎮地區醫療機構的籌資來源由政府投入為主向市場資金為主轉變。

1. 制度安排：國家免費醫療制度幾近崩潰

1978年，中國走上了改革開放的道路。隨著「分權讓利」改革的推進，國民收入分配格局發生了重大變化，一方面，居民個人收入佔國民收入的比重逐年上升，對醫療服務品質的需求在上升；另一方面，企業等集體部門所佔份額基本不變，而政府部門的收入比重大幅度下降。在新的分配格局下，傳統的國家和企業包攬的體制難以滿足人民日益增長的醫療需要。為了保證經濟建設這個中心，國家財政對醫療衛生等社會性事業的資金支持力度不斷減少，將醫療衛生機構推入市場，政府逐步退出對公立醫院的籌資責任。相應的，到20世紀80年代中期，政府答應給醫院自謀生路的政策，給醫院在醫療服務收費、大型設備准入、經費使用等方面鬆綁，將醫院在一定程度上市場化，政府對公立醫院實行「承包制」管理，允許公立醫院通過差異化收費機制、藥品加成收入等制度彌補其收支缺口、實現自主創收，醫療服務及藥品收費逐漸成為醫院收入的主要來源。政府出台一系列政策檔，

逐步減少對公立醫院的財政投入力度，使公立醫院的籌資結構由政府主導向業務收入為主逐漸轉變。

隨著公立醫院獲得較大自主權，醫療衛生領域逐步出現「亂象叢生」的局面，醫生誘導需求和過度醫療行為逐漸盛行，以「藥價虛高」引發的看病貴等醫患矛盾日益突出。加之，企事業單位實行「放權讓利」改革、地方財政實行「分稅制」改革，造成企事業單位之間和地方之間的經濟實力不斷分化。在單位間沒有調劑和政府間轉移支付不足的情況下，經濟收入和社會支出的雙重分化對依託於單位和基層政府財力的傳統醫療制度的可持續性及公平性都提出了挑戰。醫療服務提供者、用人單位及其職工個人都更加追求自身的物質利益，醫療費用上漲之勢日趨嚴重。據統計，1979 至 1985 的 7 年間，公費醫療經費年均增長 17.9%，而同期財政支出年均增長 8%；1985 年至 1989 年四年間，公費醫療經費年均增速達到 25.3%，而同期財政支出年均增長率只有 10.6%。20 世紀 90 年代以來，醫療費用上漲的幅度更是有增無減。企業勞保醫療費用的增速與公費醫療大體相當（貢森 2005，63-77）。

在企業產權制度和用工制度雙重改革的背景下，在中國城鎮從業人員中，非公有制單位的勞動者所佔比重不斷增加。據國家統計局的資料，非公有制單位的從業人員從 1977 年的 15 萬人增加到 1996 年的 3,646 萬人，後者相當於 1996 年國有企業職工總數的 1/3⁷。由於傳統的醫療保障制度只適用於公有制單位的正式職工，非公有制從業人員在醫療方面得不到基本保障。在諸多新形勢、新問題下，公費和勞保醫療制度財務上日漸捉襟見肘，政府和企業都無力應對高額的醫療費用，改革迫在眉睫。

(7) 資料來源：中國國家統計局，中國統計年鑒 2001。

2. 制度效果：貿然市場化，政府責任缺失，居民「看病貴」問題突顯

改革開放後，隨著中國經濟體制向市場化的過渡，中國衛生籌資體制從原來重點強調政府的責任向加強個人對自身負責逐漸轉變，勞保醫療和公費醫療難以為繼。從宏觀上看，政府在衛生籌資總額中的佔比逐步下滑，到 2000 年前後達到最低值，政府衛生支出佔衛生總費用比重僅不到 16%，而個人現金衛生支出佔衛生總費用比重幾乎達到 60%。與此同時，中國衛生費用總量大幅攀升，加重了個人、社會的負擔⁸。2000 年，中國在世界衛生組織關於國家衛生績效與費用負擔公平方面的排名竟為倒數第四位（世界衛生組織 2000）。在機構層面，改革開放以後，政府對城鎮地區公立醫療機構補償力度下降，「以藥補醫」、過度醫療問題突顯，醫療費用上升態勢因供方內在節約機制的缺失而無法得到控制。

從微觀個體上看，由於政府逐步退出衛生籌資責任，沉重的醫療負擔被拋向社會和個人，醫療服務上的需求能否被滿足以及被滿足的程度，基本上取決於個人和家庭的經濟力量，由此造成了一系列不良社會後果。繼續援引上文中一個城鎮普通四口之家的例子，在這一時期，父母二人已無勞保醫療制度支持。1998 年全國城鎮職工平均年工資收入為 7,479 元⁹，人均衛生總費用為 294.75 元，其中人均政府衛生支出為 42.28 元，人均社會衛生支出為 85.81 元，個人現金衛生支出為 161.66 元¹⁰。可算得，全年該家庭工資總收入為 14,958 元，家庭衛生支出為 1,179 元，其中家庭自我承擔 646.64 元，僅佔家庭工資收入的 4.32%，這一比例是 1978 年的 5.68 倍。根據國家衛生部統計資料，1998 年城鎮居

(8) 資料來源：中國國家衛生部，中國衛生統計年鑒 2001。

(9) 資料來源：中國國家統計局，中國統計年鑒 2001。

(10) 1998 年全國衛生總費用 3,678.72 億元，其中政府衛生支出 590.06 億元，社會衛生支出 1,071.03 億元，個人現金衛生支出 2,017.63 億元，當年全國總人口 124,810 萬人（資料來源：中國國家衛生部，中國衛生統計年鑒 2001）。

民人均醫療保健支出為 205.2 元，人均醫療保健支出佔消費性支出的比例為 4.7%¹¹。

根據 1993 年第一次國家衛生服務調查報告有關資料，這一時期，醫療費用上漲過快，超過了國民經濟和居民收入的增长速度。從全國 2,000 多所衛生部門綜合醫院統計資料來看，平均每一門診病人醫療費用由 1986 年的 4.4 元上漲到 1993 年的 23.3 元，平均每年增長 28%；平均每一出院病人住院費用由 167 元上漲到 1,021 元，平均每年增長近 30%。扣除社會物價上漲因素（年均 10-11%）年增長率超過 15%。1993 年全國城市居民需要住院未能住院率為 23.7%，其中約有 40% 是由於經濟困難的原因¹²。到 1998 年，這一問題愈演愈烈，城鄉醫療費用上漲幅度超過了同期城鄉居民收入增長的水準（尤其是城市門診費用）和國家、社會和個人的負擔能力。1998 年統計的 4,000 多所衛生部門綜合醫院收支與 1993 年相比，過去的五年中，每一門診費用增加了 3.3 倍，住院費用增加了 2.1 倍¹³。除了合理因素外，醫療費用不合理增長的原因，一是藥品費用（尤其是新特藥）價格的膨脹和上漲，直接推動了醫療費用中藥費支出的大幅度上升。近幾年，新特藥品在大、中城市公立醫院盲目超前消費的趨勢十分明顯，市場需求年增長達到 30%-40%，一些城市大、中醫院佔有用量達 60% 以上。二是藥品加成政策，使得醫院過度依賴藥品獲取收入，在政府補償不到位、醫療服務價格較低的情況下，醫院為了維持生存，不得不加大單位就診和住院費用，進一步加劇醫療費用增漲。

改革開放以來，中國在創造經濟奇跡的同時並沒有創造社會奇跡，醫療衛生等社會事業的發展落後於經濟發展。國家在經濟領域推行新自由主義的同時，並未建立相應的制度機制及法律規範，過快地讓市場化和商品化侵入醫療衛生領域，形成以個人自

(11) 城鎮居民人均醫療保健支出統計資料最早為 1985 年，該年中國城鎮居民人均醫療保健支出為 16.7 元，佔消費性支出比例為 2.5%（資料來源：中國國家衛生部，中國衛生統計年鑒 2003）。

(12) 資料來源：中國國家衛生部，1993 年第一次衛生服務調查報告。

(13) 資料來源：中國國家衛生部，1998 年第一次衛生服務調查報告。

付為主要來源的衛生籌資結構，這種籌資機制不僅是財務上不可持續的，而且與日益發展的經濟水準之間的張力無法平衡，勢必帶來衛生籌資領域新的變革，因此，政府責任的回歸勢在必行。

3. 儒家反思：公立醫院市場化運行，政府逐步撤資，個體無奈回歸家庭保障

隨著中國由計劃經濟向市場經濟轉軌，公立醫院開始市場化運行，政府財政逐步對醫療保健投入撤資。加之中國 2001 年成功加入世界貿易組織，政府為實踐自身承諾和滿足其規定，繼續加大了深化國有企業改革的力度，造成眾多國有企業職工下崗失業，導致以單位為依託的勞動保險體系的崩潰。這一時期中國醫療衛生制度的發展歷程反映了在市場經濟初步建立的宏觀背景下，政府從改革開放前對公立醫院實行大包大攬的責任定位中逐步解脫出來，縮小其投入力度的同時向市場釋放更多的籌資空間。在此背景下，個體幾乎成為醫療保健的唯一籌資主體、城鎮居民疾病經濟負擔過重。

第一，在儒家看來，市場「仁政」的前提，在於政府對全體國民提供基本的醫療保健服務，在此基礎上，政府應承擔起建立健全市場機制的重要作用，允許國民實現差等之愛，滿足國民自由選擇醫療保健服務的需求。但是，改革開放初期，市場經濟體制方興未艾，政府對衛生籌資責任的驟然退出並沒有給醫療行業帶來發展活為的釋放，反而造成衛生領域公平與效率的惡化，這並不是一個仁愛的政府應為之道。

第二，醫療保健籌資體系政府責任缺失帶來的是個體和家庭負擔的加重。儒家認為，家庭作為每個個體最基本的社群，承擔著維護家庭成員健康的道德責任（范瑞平 2011，178）。由於勞保醫療和公費醫療制度的逐漸崩潰，職工家屬的醫療保健籌資責任則落在了家庭成員身上。父母為未成年子女購買醫療服務，成年子女為年邁父母支付醫療費用已成為普遍現象，家庭代際支持的作用在此突顯。

四、市場經濟初期

1. 制度安排：城鎮職工基本醫療保險制度探索初立

1993年11月，中共十四屆三中全會通過了《關於建立社會主義市場經濟體制若干問題的決定》，將社會保障確立為社會主義市場經濟體制的重要支柱之一，並由此把醫療、養老和失業保險一起列為主要改革項目，自此開始了「統賬結合」模式的社會醫療保險探索。1998年，《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》的出台，標誌中國城鎮職工基本醫療保險制度在全國展開，並推向一個新的階段。城鎮職工基本醫療保險的覆蓋人群為城鎮所有用人單位的職工，包括企業（國有企業、集體企業、外商投資企業、私營企業等）、機關、事業單位、仲介機構、社會團體、民辦非企業單位的職工，部隊所屬用人單位及其無軍籍的從業人員，主要保障職工的門診和住院費用。該保險制度的基金由用人單位和職工共同籌集，其中企業按在職職工工資總額的5%-7%繳納，職工個人按不低於本人工資收入的2%繳納，分別計入社會統籌基金和個人帳戶基金，個人繳納的全部計入個人帳戶基金，用人單位繳納基本醫療保險費的25%-35%用於建立退休人員和從業人員的個人帳戶，其餘納入社會統籌基金。統籌基金和個人帳戶基金劃定各自的支付範圍，其中，統籌基金主要支付住院和特殊病種的門診費用，個人帳戶主要支付小額的門診醫療費用以及住院費用中的個人自付部分。

2. 制度效果：覆蓋人群不足，制度設計引致道德風險

改革後的城鎮職工基本醫療保險在制度設計上更多的體現了個人在衛生籌資中的責任分擔，不僅可以適當減輕政府與企業的籌資壓力，也對醫療服務需方的行為起到了一定的約束作用。該制度綜合考慮相關利益方的承受能力，不再實行財政的軟預算約束。醫療保險費由單位和個人按一定比例共同分擔，有利於形成費用節約機制。醫保制度實行屬地管理，從而打破了之前無法在

不同財力和風險特徵單位間進行風險分攤的局限性。但是，在實踐中，也同樣存在一些問題。

第一，城鎮職工基本醫保的覆蓋範圍較小，保障項目較少。體現在：一方面，除城鎮職工外，數量龐大的城鄉居民在傳統醫療保障制度瓦解後無法得到任何醫療保障，職工家屬的「半費醫療」被嚴重削弱。1998年城鎮職工醫療保險建立以後，也僅有一小部分城鎮擁有正式職業的員工可通過該醫保獲得醫療保障，而數量龐大的城鄉居民沒有任何醫保。在基本醫療保險中，職工門診費用基本上是由個人帳戶或個人支付，如果家屬門診費用的一半可以繼續由單位報銷，那麼可能發生職工門診費用向家屬的轉移。因此，絕大多數單位或完全取消「半費醫療」，或代之以個人包乾使用。這項規定第一次將職工家屬排斥在外。另一方面，國民經濟中最為活躍的部門和就業人口，主要為農民工等靈活就業人員沒有納入醫療保障。2003年國家第三次衛生服務調查報告顯示，在地級及以上城市，43%的被調查者享有社會醫療保障，只有30.4%的被調查者參加了基本醫療保險，8.6%的被調查者仍然享有公費醫療或勞保醫療，4%的被調查者參加了其它社會醫療保障¹⁴，仍然有一半左右的應保群體未能納入基本醫療保險。

第二，基本醫療保險的制度設計存在漏洞。一方面，制度重點關注住院，而輕視門診。絕大多數地區規定，住院費用主要是統籌基金的責任，門診費用是個人帳戶的責任，因此，醫保執行機構的管理也偏重住院費用，輕視門診費用。在這種政策及其執行框架下，供方有很大的自由來提供過量門診服務，以彌補嚴格的住院費用監管導致的費用損失；需方也可能採取「小病大養」或「門診擠住院」的對策，這種道德風險造成醫保基金的大量浪費。另一方面，現實中的個人帳戶的約束作用十分有限。在醫療費用分擔機制的問題上，通過個人帳戶的引入和個人分擔一部分醫療費用，可以強化參保者的個人責任意識。但是，很多患者就

(14) 資料來源：中國國家衛生部，2003年第三次衛生服務調查報告。

醫時，除了掛號費，個人不需要用現金支付任何費用。如果醫生只提供規定的基本醫療服務，大多數患者就醫不用從兜裡掏一分錢。

從宏觀上看，新建立的城鎮職工基本醫療保險制度並未能體現政府的衛生籌資責任回歸，醫療服務提供方在缺乏政府投入的情況下受到不當激勵，同時由於缺乏有效的約束機制，導致過度醫療盛行、醫療費用高漲、患者負擔日趨加重。2003年全國衛生總費用為 6,584.1 億元，其中政府衛生支出僅佔 16.96%，個人現金衛生支出佔衛生總費用比重高達 55.87%。從微觀上看，繼續分析上文城鎮普通四口之家的例子，在這一時期，假設父母二人均參與職工基本醫療保險。2003年全國城鎮職工平均年工資收入為 14,040 元¹⁵，人均衛生總費用為 509.50 元，其中人均政府衛生支出為 86.43 元，人均社會衛生支出為 138.40 元，個人現金衛生支出為 284.67 元¹⁶。可算得，全年該家庭工資總收入為 28,080 元，家庭衛生支出 2,038 為元，其中家庭自我承擔 1,138.68 元，佔家庭工資收入的 4.06%。此外，國家衛生部統計資料顯示，2003年全國城鎮居民人均醫療保健支出為 476 元，佔消費性支出比例為 7.3%，相比 1998 年增加 2.6 個百分點，經濟原因仍未包括城鎮居民應就診未就診的首要原因¹⁷。

2003 年「非典」的爆發使以上矛盾得到集中暴露，政府開始反思其在改革開放以來在衛生籌資中的「退出戰略」。2005 年，中國國務院發展研究中心的研究認為，中國醫療衛生體制的市場化趨勢不符合衛生事業的基本規律，醫改基本不成功（中國國務院發展研究中心課題組，2005，107-113）。政府對醫改市場化取

(15) 資料來源：中國國家統計局，中國統計年鑒 2004。

(16) 2003 年全國衛生總費用 6,584.1 億元，其中政府衛生支出 1,116.94 億元，社會衛生支出 1,788.5 億元，個人現金衛生支出 3,678.66 億元，當年全國總人口 129,227 萬人（資料來源：中國國家衛生部，中國衛生統計年鑒 2004）。

(17) 資料來源：中國國家衛生部，中國衛生統計年鑒 2004。

向的重新認識使其堅定了對醫改方向的扭轉，加速了新醫改的啟動。

3. 儒家反思：忽視「家庭本位」，政府職能缺失

城鎮職工基本醫療保險制度的建立，標誌著中國醫療保健籌資責任主體的重新確立，這次制度變革試圖實現職工個人、企業之間籌資責任的平衡，相較於上一階段個人全盤負責具有一定的進步性，在一定程度上體現了社會互助共濟、責任共擔，與儒家推崇的和諧原則一致。但是，由於企業經濟效益層次不齊，造成醫保制度覆蓋範圍小、保障水準低，加之財政保障未能跟進、政府職能缺失，這一時期居民「看病難、看病貴」問題達到頂峰。

必須注意的是，該制度只保障了城鎮職工個人，制度安排將職工家屬排除。但事實上，在當代中國家庭，家庭成員彼此之間對於個體的醫療保健責任一致沒有消退，出現了一種家庭變相的代際支援，即所謂的醫保卡「違規」使用現象，較為典型的做法是：一個家庭內部，在職父母用其職工基本醫保卡中的個人帳戶為子女或家中老人看病買藥；醫保定點藥店開始出售保健品、生活用品，參保職工可用醫保卡支付購買此類物品。面對部分地區基本醫保個人帳戶基金結餘閒置，部分地區個人帳戶基金濫用嚴重，學界出現兩種觀點，一部分人認為應該取消基本醫保的個人帳戶，都劃歸為統籌帳戶，實現社會醫療保險基金大統籌，增強基本醫保的風險共濟性；另一部分人認為應該進一步規範基本醫保個人帳戶制度，使其對居民個體發揮重要經濟保障作用。在制度確立初期，儒家更傾向於後者。儒家強調「家庭本位」，基本醫保中的個人帳戶應向家庭擴散，探索建立家庭帳戶（曹永福, 范瑞平 2011, 27-31），用以在家庭成員間進行共濟，為自己或家人繳納保費、支付醫療費用、抵沖個人支付等。

五、全民基本醫療保險時期

1. 制度安排：新醫改拉開序幕，全民基本醫保制度建立健全

吸取上一輪醫改的經驗，2006年中國確立醫療衛生由「政府主導」的基本原則。2007年，中國新醫改方案在全球範圍內公開徵集相關意見建議，最終以2009年4月《中共中央、國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見》發佈為標誌，新一輪醫藥衛生體制改革正式啟動（以下簡稱「新醫改」）。新醫改要求「強化政府責任和投入」，確立了政府在醫療領域的主導作用與地位，強調了政府的衛生籌資責任，並將政府投入的重點向公共衛生和基層醫保等方面傾斜。隨著醫改的不斷深化，政府陸續出台政策措施，支持市場力量更多的參與到衛生籌資中，社會辦醫資本和商業健康保險發展規模上升迅速，截至2013年底，商業健康保險費總額已達1,124億元，相比10年前漲幅高達8倍；社會辦醫規模達到2,134億元，相比10年前翻五番¹⁸。市場力量的參與對政府的作用起到了有益的補充，不僅在資金上充實了衛生經費，而且在服務提供上滿足了不同層次的需求，將先進的專業技術和管理經驗引入傳統醫療行業，為中國醫療衛生的多元化發展注入了活力。

就基本醫保而言，為了解決城鎮非職工居民醫療保障問題，2007年國務院頒佈了《關於開展城鎮居民基本醫療保險試點的指導意見》，開始建立城鎮居民基本醫療保險制度，並開始在79個城市進行城鎮居民基本醫療保險制度的試點。城鎮居民參保對象為城鎮地區無固定職業的居民及未成年人等人群，合理劃分政府與個人的籌資責任，首先由個人和家庭予以承擔繳費責任，各級財政也有所補助，對居民醫保的財政補助標準由試點初期的年

(18) 資料來源：中國國家衛生計生委衛生發展研究中心，2014年中國衛生總費用研究報告。

人均 40 元提高到 2015 年的 380 元¹⁹。在提高政府補助標準的同時，適當提高個人繳費比重，2015 年個人繳費不低於 120 元。與城鎮職工基本醫保不同的是，城鎮居民醫保不設個人帳戶，實行統籌管理，體現了通過共付機制對個人道德風險的防範。城鎮居民基本醫保制度的建立，使醫保覆蓋面由城鎮職工向包括更廣大城鎮居民擴展，使絕大部分國民受到抵抗疾病風險的保護，改善了醫保的公平性。截至 2013 年年底，全國有 95% 的城鎮人口納入基本醫保範圍，基本醫保全民覆蓋實現。

2. 制度效果：政府責任逐步回歸，醫療服務市場初步建立

這一時期的醫改方案彰顯了政府對衛生籌資重新擔負主導責任的決定。新醫改初期，政府注重對具有強烈外部性的公共衛生、具有公共產品性質的基本醫療衛生服務等領域的投入，衛生總費用結構發生明顯變化，2015 年全國衛生總費用為 40,974.64 億元，其中政府衛生支出為 12,475.28 億元，從絕對數量上看是 2010 年的 2.2 倍，2015 年政府衛生支出同期衛生總費用的 30.45%；與此同時，個人衛生現金支出衛生總費用的 29.27%，相比 2009 年下降 6 個百分點²⁰。政府在衛生籌資中又重新開始發揮主導作用，促進了城鄉居民的健康水準，降低了其醫療負擔，改善了中國衛生籌資制度的公平和效率。此外，政府通過重點對城鎮較低收入居民、無業人員等弱勢人群進行醫保繳費補助緩解人群之間的籌資不公平，體現了政府對市場失靈和收入再分配領域的大力干預，這種選擇性政府投入反映出政府在對社會保障領域進行干預時保持了有限邊界。在此基礎上，政府進一步明晰了與市場的職責範疇劃分，逐步引入社會力量，鼓勵社會辦醫，醫療服務市場初步建立，滿足人民群眾多樣化衛生服務需求。

(19) 資料來源：2015 年中國國家人社部和財政部《關於做好 2015 年城鎮居民基本醫療保險工作的通知》。

(20) 資料來源：中國國家衛計委，中國衛生和計劃生育統計年鑒 2016。

從微觀上看，城鎮居民「看病貴」問題有所緩解。以上文中的四口之家為例，在這一時期，默認父母二人均參與職工基本醫療保險，子女參加城鎮居民基本醫療保險。2015年全國城鎮職工平均年工資收入為 62,029 元²¹，人均衛生總費用為 2,980.8 元，其中人均政府衛生支出為 907.54 元，人均社會衛生支出為 1,200.82 元，人均個人現金衛生支出為 872.43 元²²。可算得，全年該家庭工資總收入為 124,058 元，家庭衛生支出 11,923.2 元，其中家庭自我承擔 3,489.72 元，家庭工資收入的 2.81%，相比 1998 年下降 1.4 個百分點。此外，國家衛生部統計資料顯示，2015 年全國城鎮居民人均醫療保健支出為 1,443.4 元，消費性支出比例為 6.7%，相比醫改之初下降 0.3 個百分點²³。

3. 儒家反思：制度碎片化帶來不公平，呼籲家庭本位回歸

新醫改以來，政府責任得到強化，衛生籌資中個人負擔有所下降；全民基本醫保制度建立健全，將所有城鎮人口納入保障範圍，體現了最基本的底線公平。但是必須要承認的是，基本醫保制度的碎片化，即根據人群是否是在業狀態，將其歸為不同的基本醫保制度，城鎮居民醫保和城鎮職工醫保的繳費比例、報銷比例、保障水準存在差距。在一個家庭內部，家庭成員大多歸屬於不同的基本醫保制度，如父母享受城鎮職工基本醫保，未成年子女及家中老人享受城鎮居民醫保。這樣的不公平，勢必會造成低保障水準的家庭成員侵蝕高保障水準家庭成員的醫療保險。例如，父母用職工基本醫保個人帳戶中的資金為家中老人購買藥品。這種行為，在制度設計者看來屬於違規行為，但在儒家看來，卻是可以解釋的。

(21) 資料來源：中國國家統計局，中國統計年鑒 2016。

(22) 2015 年全國總人口 137,462 萬人（資料來源：中國國家統計局，中國統計年鑒 2016）。

(23) 資料來源：中國國家衛計委，中國衛生統計年鑒 2016。

一方面，儒家以家庭為本位，認為個體有責任照顧家庭成員。另一方面，儒家遵從差等之愛，從公共政策角度，即從政策層面，個體應該被允許為自己的家人購買醫療保健服務而不為其他人（如陌生人、鄰居）購買服務。所以在儒家看來，城鎮職工用個人帳戶中的錢為自己家人而不為他人購買藥品及醫療服務這種行為是合理的（王雲嶺 2013b, 15-23）。換言之，目前這種「個人主義」的制度設計體現的是個人利益，不符合儒家的家庭本位原則。目前中國衛生籌資制度，呼籲家庭本位的回歸。

六、結語：儒家衛生正義觀下的衛生籌資責任

建國以來中國醫療保健的籌資責任主體發展經歷了「政府大包攬、個人及家屬免費享受」——「政府財政逐漸退出、個人及家庭負擔加重」——「政府責任回歸、個人負擔有所下降」——「政府、市場、個人責任逐步趨於均衡」這一過程。

建國之初，以政府為主導的衛生籌資模式用較低的醫療衛生成本為廣大城鎮居民提供了基本醫療保障，使國民的健康水準得到大幅度提高，個人及其家人基本享受著基本的免費醫療。改革開放以後，政府打破其絕對主導的局面，更多地引入市場的要素，公立醫療衛生機構市場化運行，政府逐步以「退出」的方式減輕財政負擔，讓市場在資源配置中起決定性作用，以達到提高效率的效果。然而，改革開放初期，中國的市場經濟改革剛起步，各方面制度和配套措施還不完善，政府過快地全面退出戰略使衛生籌資制度從一個極端走向另一個極端，給社會帶來一系列負面影響，居民衛生負擔加重、「看病難、看病貴」問題突顯。進入新世紀，隨著中國經濟發展邁上新台階，政府對醫療衛生所具有的保障國民健康、提升人力資本的重要功能再次給予高度重視，對政府在衛生籌資中所肩負的重大職責有了重新認識，加大了政府衛生投入的力度，推進了社會醫保制度建設與完善的步伐。政府角色的轉變體現了對過去市場化改革方向的「矯正」，與此同時，

個人及社會承擔了必要的責任，使衛生籌資朝著更加公平有序的方向發展，促進了中國在轉型期的社會穩定與團結。隨著全民基本醫保制度的建立健全，政府職能逐步轉變，市場力量引入，商業保險逐步發展，醫療服務市場初步建立，政府、市場、個人三方力量逐步均衡。從儒家的衛生正義觀來看，有如下兩點值得注意。

第一，「仁政」不是絕對平均主義，也非個人全權負責。

儒家推崇「仁者，愛人」，政府要「以民為本」而非「以政為本」，保證人民群眾的健康權益。中國政府在建國之初基於勞保醫療和公費醫療之毒，為城鎮居民提供低價、免費的醫療衛生服務、保障人民群眾生存權利，而後探索建立基本醫療保險制度，通過多項改革以解決人民群眾「看病難、看病貴」問題，皆出自「以人為本」，在一定程度上體現了「仁愛」原則。但是，一個「仁愛」的政府一方面不應一味追求低價收費和平均主義，不僅因為這種大鍋飯的平均主義在經濟上不可持續，還因為這種制度安排有違個人、家庭的道德責任；另一方面，也不應將所有的健康責任拋諸於個人，讓個人對自身健康全權負責。儒家支持的衛生正義，應由政府為全體國民提供最為基本的醫療服務，對那些因病返貧和因病致貧的低收入者提供救助，此乃「仁政」之義舉；在此基礎上制定政策，支持、引導國民為其自身及其家庭購買較為優質、具有差異化的醫療衛生服務，即「差等之愛」。中國目前的醫療保障制度呈現出以政府兜底的醫療救助制度為底線、以政府、個人及企業共同籌資的基本醫保制度為核心、以個人支付的商業醫療保險為頂層的多層次態勢，在一定程度上符合這一差等原則。

第二，「家庭本位」的傳統文化一直活躍至今，制度安排呼籲家庭責任的回歸。

儒家認為，家庭是個體最基本的社群，是社會的基本單位，是具有社會的和本體論的實在性的一種存在（范瑞平 2011，5-6）。

人是生活在家庭中的，並在家庭中展開其全部權利與義務。每個人都屬於自己的家庭，在家庭中享有權利並承擔義務。當他罹患疾病或殘疾時，有權利享受到來自家庭的照料，家庭也有義務為他提供力所能及的醫療服務。而目前這種因人而異、板塊碎片式的基本醫療保險制度於儒家相悖。基於中國儒家文化背景並結合現代醫療保險原理，從制度安排上允許家庭承擔一定的衛生籌資責任，不僅符合儒家「家庭本位」的中國文化水土，實現家庭實際支持（曹永福 2013），也將取得更好的衛生保健結果（王雲嶺 2013a）。

綜上所述，在儒家看來，一個道德上合理的衛生籌資責任，應該是個人、家庭和政府的平衡與和諧。

參考文獻

- 王紹光：〈巨人的癱腿：從城鎮醫療不平等談起〉，《讀書》，2005年，第11期，頁3-12。WANG Shaoguang. *Lame Leg of the Giant: Starting from Urban Health Inequality*. *Reading*. 2005 (11), pp. 3-12.
- 王雲嶺：〈對當前保健儲蓄帳戶道德風險的儒家考量〉，《第七屆建構中國生命倫理學研討會論文集》，中國大連，2013。WANG Yunling. *Confucian Reflections of Moral Hazard of Current Medical Savings Account*. *Proceedings of 7th Construction of Chinese Bioethics Seminar, China: Dalian, 2013a*.
- 王雲嶺：〈我國醫療保障制度面臨的道德風險與防範對策——從儒家醫療正義觀的視角出發〉，《山東大學學報（哲學社會科學版）》，2013年，第5期，頁15-23。WANG Yunling. *An Examination of the Moral Hazards that China's Health Care System is Facing from Confucian Concept of Justice*. *Journal of Shandong University (Philosophy and Social Sciences)*, 2013b (5), pp.15-23.
- 李玲：《健康強國：李玲話醫改》，北京：北京大學出版社，2010。LI Ling. *Healthy Power: Ling Li's Words on Health Reform*. Beijing: Peking University Press, 2010.
- 杜創、朱恒鵬：〈中國城市醫療衛生體制的演變邏輯〉，《中國社會科學》，2016年，第8期，頁66-89。DU Chuang & ZHU Hengpeng. *The Evolutionary Logic of Urban Health Care Systems in China*. *Social Sciences in China*, 2016 (8), pp. 66-89.
- 范瑞平：《當代儒家生命倫理學》，北京：北京大學出版社，2011。Ruiping FAN. *Bioethics of Contemporary Confucianism*. Beijing: Peking University Press, 2011.

- 貢 森：〈城鎮職工醫療保障體制的回顧與展望〉，《中國發展評論（中文版）》，2005年，第A01期，頁63-77。GONG Sen. Retrospect and Prospect of Basic Medical Insurance System for Urban Employees in China. *China Development Review (Chinese edition)*, 2005 (A01), pp. 63-77.
- 曹永福：〈中國醫療保障代際公平的實現策略——基於「愛有差等」儒家家庭價值的家庭醫療儲蓄帳戶設想〉，《第七屆建構中國生命倫理學研討會論文集》，中國大連，2013年。CAO Yongfu. Implementation Strategy for Intergenerational Equity of China's Medical Security: Assumption of Family Medical Savings Account based on Confucian Graded Love of Family Value. Proceedings of 7th Construction of Chinese Bioethics Seminar, China: Dalian, 2013.
- 曹永福、范瑞平：〈建立中國「家庭醫療帳戶」的倫理論證：儒家的家庭倫理、「愛有差等」及衛生改革〉，《倫理學研究》，2011年，第1期，頁27-31。CAO Yongfu & Ruiping FAN. Ethical Demonstration on the Establishment of Family Medical Savings Account: Confucian Family Ethics, Graded Love and Health Care Reform. *Studies in Ethics*, 2011 (1), pp. 27-31.
- 雅諾什·科爾奈、翁笙和著，羅淑錦等譯：《轉軌中的福利、選擇和一致性：東歐國家衛生部門改革》，北京：中信出版社，2003。[英文原著：Janos Kornai, Karen Eggleston. Shujin Luo (trans). *Welfare, Choice and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe*. Beijing: China Citic Press, 2003.]
- 黃樹則：《當代中國的衛生事業》，北京：當代中國出版社，2009。HUANG Shuze. *Heath Care in Contemporary China*. Beijing: Contemporary China Press, 2009.
- 中國國務院發展研究中心課題組：《中國醫療衛生改革的挑戰》，《財經界》，2005年，第10期，頁107-113。Research Group of China Development Research Center of the State Council. Challenges for China Health Care Reform. *Money China*, 2005 (10), pp. 107-113.
- Mahler, H. The Meaning of Health for All by the Year 2000. *World Health Forum*. 1981:36.