

二十一世紀評論

當代「新三座大山」

醫治中國病： 醫療體制改革的兩條路線之爭

趙明

在中國，醫療費用快速增長的一個原因，在於醫療服務提供者常常對患者進行重複檢查、不必要的檢查、昂貴的檢查、開大處方等，也就是「供方誘導的過度消費」。

自改革開放以來，中國醫療體制發生了翻天覆地的變化^①。在醫療保障方面，城市單位制免費醫療制度（即公費和勞保醫療）和農村合作醫療制度逐漸退出歷史舞台。單位制免費醫療逐步為社會醫療保險所取代，而在農村，各級政府正在為建立新型合作醫療而奮鬥。無論在城市還是在農村，新興的醫療保障制度發展遲緩，覆蓋率較低，很多人完全沒有醫療保障。在醫療服務方面，各種類型的醫療服務提供者，尤其是醫院，已經全面走向市場化：這就是說，所謂的「業務收入」，也就是醫療服務收入和出售藥品的收入，成為其收入的主要來源，而來自政府的撥款佔其收入的比重已經微不足道。

醫療體制改革的一個結果是醫療費用的快速上漲，令百姓怨聲載道，稱之為「新三座大山」之首。自2005年8月以來，有關醫療改革的報導和爭論在大眾媒體和網絡上此起彼伏、經久不息。這種持續高燒的局面，在某種程度上集中體現了民眾對現有醫療體制運行不暢的不滿，以及對進一步改革遲遲不見動靜的焦慮。民眾對醫療改革的焦慮和期待，歸根結底，在於醫療費用的超常快速增長已經成為當今中國最嚴重的社會問題之一。

醫療費用上漲，實際上是一個全球性的現象。在發達國家，一般把造成這一現象的主要原因歸結為：1、醫療技術水平的提高，導致很多原來無法醫治的疾病可以得到一定的治療，但又不能完全治愈；2、人口老齡化導致醫療費用自然增多；3、疾病譜的轉型，亦即今天的多發病在治療成本上遠比以往要高。但是在中國，醫療費用快速增長的一個原因，或者說為人們所詬病的一個因素，在於醫療服務提供者常常對患者進行重複檢查、不必要的檢查、昂貴的檢查、開大處方等，也就是醫療衛生政策文獻中概稱的「供方誘導的過度消費」。

(provider-induced over-consumption)。這一現象的普遍存在自然也是導致醫患關係日趨緊張的根本性原因。

針對這一現象的根源，最為流行的看法是追究醫療服務提供者的道德水平，痛斥醫院「見利忘義」的文字以及「白衣天使變黑心」的說法可說是不絕於耳。與此相關的一種看法是，把這種現象的產生歸咎於市場化導致醫療服務提供者追逐收入最大化，並主張只要放棄市場化、恢復計劃經濟時代的某些做法，有關問題便可迎刃而解^②。總之，這些思路的共同點是把現行醫療體制中存在的種種弊端都歸咎於醫療服務的供方，從而把新一輪醫療改革聚焦於供方的改革。

與之針鋒相對的另一種思路，則是從醫療改革的需方來解釋目前存在的種種問題，從而把改革的重點放在完善醫療服務籌資和付費體制。這種看法認為，醫療服務市場化本身導致醫療機構追逐收入最大化並不奇怪，只要政府在健全醫療保障制度上下功夫，實現全民醫保，並且完善醫療服務的第三方購買機制，從而促使市場化的醫療服務體系有序運行，那麼有關問題便不難緩解。

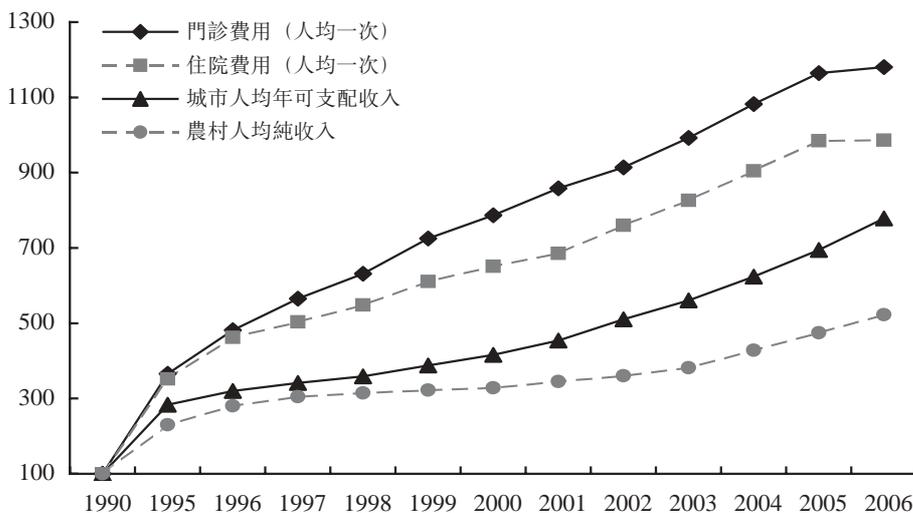
本文首先對於醫療費用增長的現象及其後果進行實證研究，然後進一步從供方和需方的角度對此現象給出兩種制度分析，最後就政府主導、市場化和社會公益性的關係進行討論。

一 醫療費用的快速增長與醫療服務經濟可及性的下降

關於醫療費用的增長，大眾媒體習慣於通過一些「天價醫療案」的曝光來加以渲染，許多藥價虛高的案例也為人們所津津樂道。離奇的案件當然不會時時

關於醫療費用的增長，大眾媒體習慣於通過一些「天價醫療案」的曝光來加以渲染，許多藥價虛高的案例也為人們所津津樂道。離奇的案件當然不會時時發生。普通民眾所感受到的，自然是一般的情形。

圖1 全國公立綜合醫院醫療費用的增長指數，1990、1995-2006年



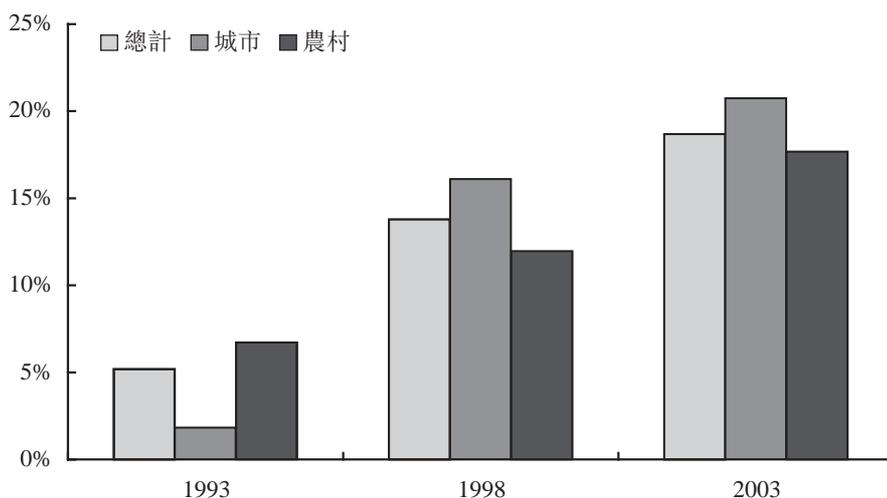
資料來源：中華人民共和國衛生部編：《中國衛生統計年鑒》(北京：中國協和醫科大學出版社)，2004年，頁87；2006年，頁105；2007年，頁104；國家統計局編：《中國統計年鑒》(北京：中國統計出版社)，2004年，頁53、357；2005年，頁335；2006年，頁369；2007年，頁345。

發生。普通民眾所感受到的，自然是一般的情形。只有通過對統計數據的分析，我們才能對一般情形加以清楚把握。在這裏我們把1990年全國公立醫院的平均門診和住院費用設為100，考察了這兩項費用的變化情況。圖1顯示，2006年全國公立綜合醫院的平均門診費用大約為1990年水平的12倍，平均住院費用大約為10倍，而城鄉民眾的平均收入大約為8倍和5倍。

尤為重要的是，平時看起來不起眼的門診費用，其上漲幅度最大，這在很大程度上造成了基本衛生保健(或稱初級衛生保健)經濟可及性的下降，相當一部分低收入民眾因為沒有錢而有病不看門診。圖2顯示，在1993年，民眾因經濟困難而放棄尋求門診的情況還不算嚴重，但是隨着時間的推移，無論在城市還是在農村，這一問題愈發突出起來。尤其是在城市，這一問題更加嚴重。到了2003年，每五個自我感覺患病的城市居民，就有一個因為囊中羞澀而放棄就醫。這表明，由於門診費用的超快速增長，基本衛生保健可及性的公平已經受到損害。

圖2 中國居民患病後因經濟困難未尋求門診服務者的比重，1993、1998、2003年

中國經濟有了突飛猛進的發展，但是人人享有初級衛生保健的目標不但沒有實現，而且情形反而有惡化之勢，即使在醫療衛生服務條件較好的城市，也有愈來愈多的民眾因為無錢而無力尋求門診服務。

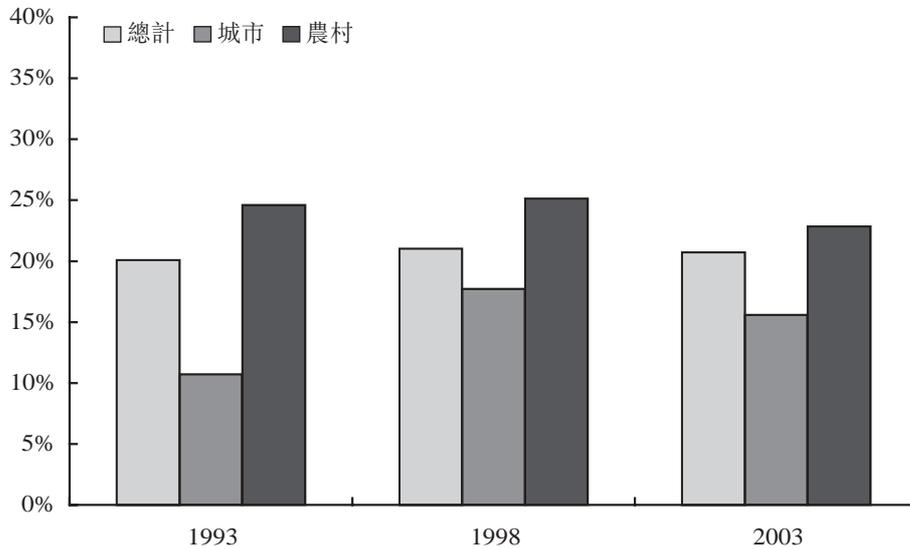


資料來源：衛生部統計信息中心編：《中國衛生服務調查研究：第三次國家衛生服務調查分析報告》(北京：中國協和醫科大學出版社，2004)，頁36-37。

「小病扛」的後果往往就是小病拖成大病，而最終因病致貧。世界衛生組織曾經在1977年提出了2000年人人享有初級衛生保健的目標，中國也承諾實現這一目標。原來，妨礙這一目標實現的主要障礙在農村，因此，當時政府的施政重點在於改善農村地區初級衛生保健服務體系。但是，三十多年過去了，中國經濟有了突飛猛進的發展，但是人人享有初級衛生保健的目標不但沒有實現，而且情形反而有惡化之勢。不僅農村的情形沒有改善，即使在醫療衛生服務條件較好的城市，也有愈來愈多的民眾因為無錢而無力尋求門診服務。

民眾住院服務的經濟可及性也存在問題。圖3顯示，民眾因經濟困難而放棄住院的情況一直十分嚴重。從1993到2003年，每五位經醫生診斷需要住院的城鄉居民中就有一位放棄住院，而農村的情形則更為嚴重。總體來說，這一問題

圖3 中國居民因經濟困難而未接受住院服務者的比重，1993、1998、2003年



資料來源：衛生部統計信息中心編：《中國衛生服務調查研究：第三次國家衛生服務調查分析報告》，頁44-45。

既沒有隨着時間的推移而惡化，也沒有得到改善，其統計數字的變化程度實際上都在統計誤差之內。造成這種局面的主要原因在於，對於民眾來說，住院要比門診具有更大的剛性。在很多情況下，如果醫生診斷需要住院，病人根本就別無選擇。

毫無疑問，醫療費用快速增長的問題引起了全社會的關注，政府也努力試圖遏制這一現象，並推出了一些針對醫療服務供方的新改革舉措。但是到目前，許多新改革舉措最好的效果只是治標不治本，在很多情形下連治標的效果都沒達到。改革的思路取決於分析的思路。這些改革新舉措的共同特點均聚焦於供方，也就是醫療機構。因此，讓我們首先對於醫療費用上漲過快的問題從供方加以分析。

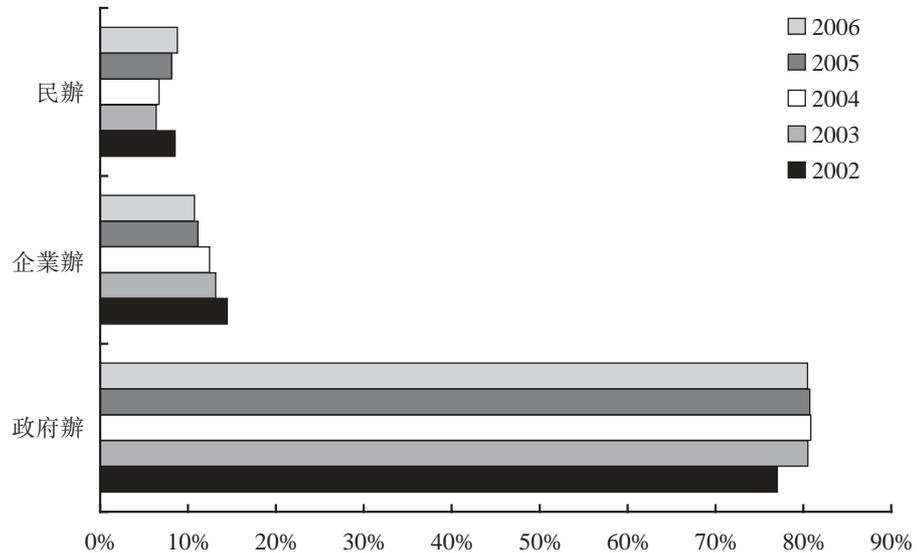
二 市場化與醫療服務體系的社會公益性淡化？

醫療費用的超常快速增長，自然引起公眾甚至政府官員對醫療服務提供者的口誅筆伐。除了道德批判之外，2005年下半年以來，一個非常流行的意見在大眾媒體上傳播，即醫療服務市場化改革應該放棄，公立醫療服務機構應該在醫療服務體制中佔據主導地位，從而使醫療衛生事業的社會公益性得到切實的落實。

然而，迄今為止，醫療服務領域恰恰就是為公立機構所主導。醫療服務領域的民營化並非主流。雖然在某些地方(例如江蘇省宿遷市)出現了出售公立醫療機構的情形，也有一些國內外資本在其他地方投資建立醫院，但是總的來

一個非常流行的意見是，公立醫療服務機構應該在醫療服務體制中佔據主導地位，從而使醫療衛生事業的社會公益性得到切實的落實。然而，迄今為止，醫療服務領域恰恰就是為公立機構所主導。

圖4 醫療服務提供者的所有制形式(以牀位來計)，2002-2006年



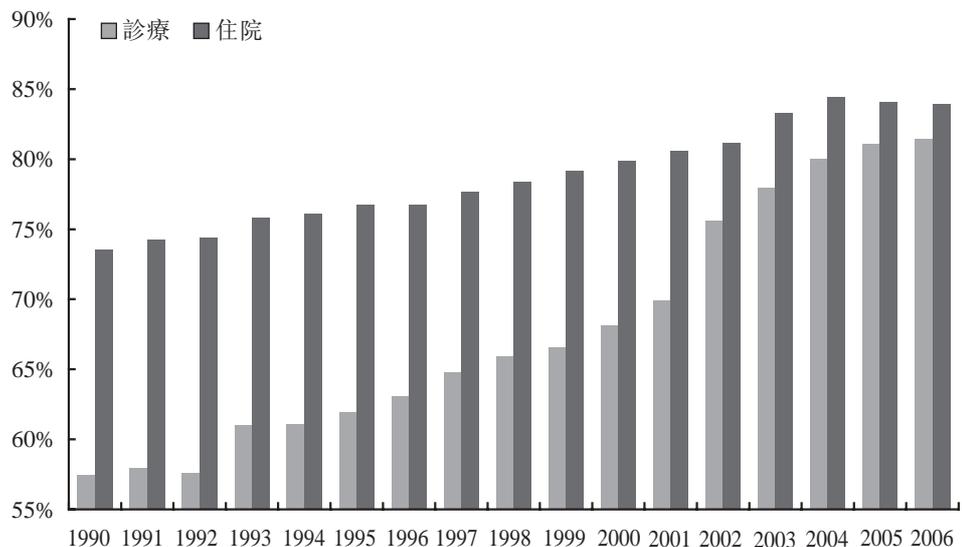
資料來源：《中國衛生統計年鑒》，2002年，頁46；2003年，頁56；2004年，頁60；2005年，頁63-64；2006年，頁62-63；2007年，頁60-61。

不僅在機構規模上，而且在醫療服務市場份額上，公立醫療機構也佔主導地位。這樣，把醫療體制進一步改革的方向定位為恢復公立醫療機構的主導性，並且對醫療服務的民營化保持懷疑態度，就顯得無的放矢、毫無來由。

說，民營醫療服務提供者在醫療服務體系中一直處於微不足道的位置。圖4顯示，以牀位數來計，公立醫療機構所佔的比重高達80%強。

不僅在機構規模上，而且在醫療服務市場份額上，公立醫療機構也佔主導地位。圖5顯示，在公立醫療機構中佔據主宰地位的衛生部門直屬醫院，在住院服務的市場份額上保持穩步上升的態勢，在一般診療服務的市場份額上更是呈現快速上漲的趨勢。

圖5 衛生部所屬醫院的市場佔有率，1990-2006年



資料來源：《中國衛生統計年鑒》，2007年，頁113、124。

在這樣的情況下，把醫療體制進一步改革的方向定位為恢復公立醫療機構的主導性，並且對醫療服務的民營化保持懷疑態度^③，就顯得無的放矢、毫無來由。公立醫療機構的主導性正是中國醫療服務體系的現實，根本就無需恢復。醫療服務費用快速上漲的情形，正是由佔據該領域主導地位的公立醫療機構所推動，同民營化沒有關係。換言之，醫療服務民營化根本就不是民眾醫療服務經濟可及性下降的原因。

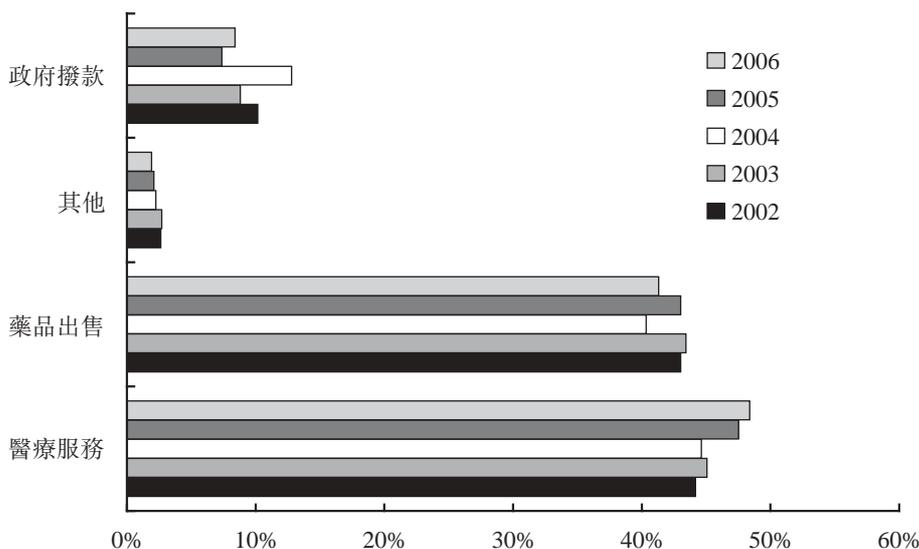
因此，真正的問題不在於醫療機構是否公立，而是醫療服務社會公益性是否能充分發揮的制度安排問題。無論是「市場化改革」的抨擊者還是「放棄市場化思路」的倡導者，都對公立醫療服務機構抱有某種一廂情願的看法，即認定惟有公立機構才能有效地承擔社會責任，具體而言，就是認定惟有公立醫療服務機構，才能控制醫療服務的價格，造福老百姓。他們同時對公立醫療機構的民營化抱持一種恐懼心理，唯恐民營化轉型會帶來醫藥價格的進一步上漲。在他們看來，似乎只有公立機構才有可能承擔社會責任、推進社會公益，而民營組織（尤其是營利性民營組織）大多只關心私利。

實際上，國際衛生政策研究界的有關研究顯示，醫療服務提供者的所有制形式與其績效表現（尤其是費用高低）之間沒有明確的關係^④。民營機構的發展與社會公益性的推進，也不一定必然呈負相關。實際上，只要存在着將醫療服務從業人員的收入與其服務量聯繫起來的激勵機制，哪怕是公立機構，也照樣會千方百計誘導民眾過度消費醫療服務，從而導致醫療費用的上漲。

中國醫療服務領域的情形正是如此。雖然在組織上依然是公立機構，也就是我們通常所稱的「事業單位」，但是從實際的營運情況來說，醫療服務機構的主要收入來源愈來愈倚重於其營運：服務收費和藥品出售。由於醫療服務價格受到管制，因此，藥品出售一度成為醫療機構最重要的創收來源，形成所謂「以

無論是「市場化改革」的抨擊者還是「放棄市場化思路」的倡導者，都對公立醫療服務機構抱有某種一廂情願的看法，即認定惟有公立機構才能有效地承擔社會責任，具體而言，就是認定惟有公立醫療服務機構，才能控制醫療服務的價格，造福老百姓。

圖6 政府辦醫院收入來源構成，2002-2006年



資料來源：《中國衛生統計年鑒》，2004年，頁85；2005年，頁100；2006年，頁102；2007年，頁100。

藥養醫」的現象。在某種意義上，各類醫療機構實際上都至少成為半個職業賣藥者。相對來說，政府撥款對於醫療機構收入的重要性愈來愈低，這一點對於公立醫院來說尤為顯著。圖6顯示，在2002至2006年間，政府撥款在公立醫院總收入中的比重基本上在一成上下波動。在這樣的制度安排下，毫不奇怪，所有的公立醫療機構都追求其營運收入的最大化，因此過度提供醫療服務、大量出售藥品，以及盡量出售昂貴的藥品，成為這些機構自然而然的選擇。這一制度安排還導致醫療機構採購藥品的行為完全同市場機制下的商業行為相背離，即傾向於採購價格較貴的藥品，而不考慮性能(療效)價格比。

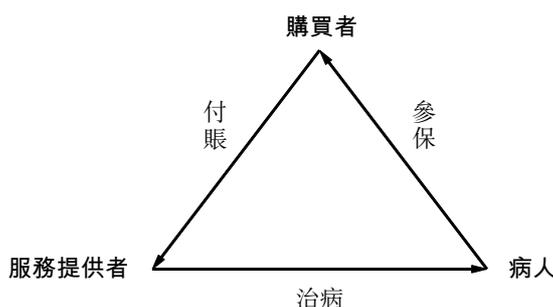
醫療衛生事業是否具有社會公益性，不在於醫療機構是否可以壓低價格，更為重要的是民眾的大部分醫療費用必須由第三方來支付，而且第三方購買者還必須運用其強大的購買力來引導醫療機構以成本效益比最佳的診療路線來提供服務。

由此可見，醫療服務體系是否具備社會公益性、醫療機構公立與否並不重要。市場化當然不能保障醫療機構實踐社會公益性；但是，如果說市場化一定會導致醫療機構的社會公益性淡化甚至喪失，那就頗顯武斷。醫療衛生事業是否具有社會公益性，不在於醫療機構是否可以壓低價格，更為重要的是民眾的大部分醫療費用必須由第三方來支付，而且第三方購買者還必須要設計出精巧的遊戲規則來購買醫療衛生服務，從而運用其強大的購買力來引導醫療機構關注民眾的健康，並且以成本效益比最佳的診療路線來提供服務。只要第三方購買者，主要是公立醫保機構，扮演好醫療衛生服務購買者的角色，那麼民營醫院、哪怕是營利性醫院，為了擴大其業務領域，也照樣會像公立醫院一樣，通過競爭政府合同，承擔各種社會責任，包括承擔公共衛生服務。實際上，政府向民間營利性機構購買公共服務(包括公共衛生服務和醫療服務)的例子，在市場經濟國家比比皆是^⑤。這是各國方興未艾的「新公共管理運動」的核心。

三 醫療保障體系的健全是醫療衛生事業社會公益性的保障

僅僅在供方上做文章，尤其是糾纏於醫療機構的所有制形式，並不能找到破解「供方誘導的過度消費」的有效辦法。在需求一面，破解「供方誘導的過度消費」的有效辦法就是建立醫療服務的第三方購買者，以集體性的力量取代勢單力薄的個人消費者來約束提供者的行為。如此一來，醫療服務市場上傳統的醫患之間的直線關係，變成了病人、服務提供者和服務購買者或支付者的三角關係。一個成熟的醫療體制，具體體現為這三者關係的相互匹配(參見圖7)。

圖7 醫療服務市場中的三角關係



因此，為了克服醫療服務市場中存在的問題，最為關鍵的是建立一個健全的、覆蓋全民的醫療保障體系，一方面扮演籌資者的角色，在平日就把民眾看病治病的費用籌集起來，到民眾真正生病時只需支付醫療費用的一小部分，實現風險分攤和社會共濟；另一方面扮演付費者的角色，代表民眾的利益，運用專業化的付費機制，約束醫療機構的行為，有效控制醫療費用上漲的幅度。只有形成了醫療服務的第三方購買者，才能以集體性的力量取代勢單力薄的個人消費者（病患），來約束提供者（醫院和醫生）的行為。可以說，在自費主導的體制下，中國居民作為醫療服務的實際和潛在消費者，乃是以個人的身份不得不經常面對、並且無力約束「供方誘導的過度消費」，這是導致醫療費用快速增長的一大重要原因^⑥。

第三方購買者，要麼是保險者，要麼是國家。醫療保險，或者說健康保險，可以由營利性（商業性）組織和非營利組織通過市場來提供，也可以由國家設立的公立機構來主辦。但是，無論是衛生政策理論，還是人類歷史上的實踐經驗都證明，如果堅持自願性原則，無論是民間運作，還是政府操辦，要想實現醫療保障的全民覆蓋簡直是難於上青天。美國是世界上經濟最發達的國家，但也是發達經濟體中唯一沒有實現醫療保障普遍覆蓋的國家，正是因為美國堅決維持一個以自願性商業保險為主幹的醫療保障體系^⑦。

實際上，在許多國家，包括在商業性醫療保險最為發達的美國，國家捲入醫療保險提供的程度相當大。國家捲入醫療保險的最根本理據在於信息不對稱，如果醫療保險完全基於自願，那麼投保者與保險者之間的信息不對稱，必然導致醫療保險無法實現普遍覆蓋。一方面，在絕大多數情況下，投保者比保險者更清楚自己的健康狀況；在完全自願的情況下，身體健康者會因僥倖心理而選擇不投保，因此醫療保險的投保者可能集中在身體不大健康的人群之中。保險公司為了追逐利潤，必定要提高保費，而提高保費的後果則是進一步促使身體健康者選擇不投保。另一方面，為了控制風險，尋求利潤最大化的保險公司必定根據一定的社會經濟特徵來選擇投保者，那些往往最需要醫療服務的人群（例如老人、殘疾人等）必定會被排除在外。在衛生經濟學中，這兩種現象被稱為保險的「雙向逆向選擇」。逆向選擇的存在造成醫療保險市場同樣存在着市場失靈的問題。

這意味着，醫療保障不能依賴於市場化的醫療保險，而必須依賴於國家的干預，而且國家運用其合法的強制性是醫療保障體系走向普遍覆蓋的必要條件之一。簡言之，擁有一個健全的全民醫療保障體系，才能克服醫療服務的市場失靈，同時也能促進醫療費用負擔的公平性，這是實現醫療衛生事業社會公益性的鑰匙。

醫療保障體系如此重要，但是其在中國的發展卻始終步履蹣跚。這正是中國醫療體制弊端重重的最根本性原因之一。首要的問題在於，中國醫保的覆蓋面太窄。正是由於這一點，2000年世界衛生組織發布的世界各國醫療衛生體系績效排名中，中國在醫療籌資的公平性這一指標上，名列191個會員國中的倒數

醫療保障不能依賴於市場化的醫療保險，而必須依賴於國家的干預，國家運用其合法的強制性是醫療保障體系走向普遍覆蓋的必要條件之一。擁有一個健全的全民醫療保障體系，是實現醫療衛生事業社會公益性的鑰匙。

第四位。2003年末，衛生部曾經組織了第三次國家衛生服務調查，結果顯示，全國有65%的民眾沒有任何醫療保障，其中城市居民中有45%沒有任何醫療保障，而農村居民中這一比例高達79%^⑩。

事實上，自2003年以來，中國政府開始高度重視醫療保障體系的建設。在城市地區，醫保的主體為「職工基本醫療保險」。這一社會醫療保險制度的覆蓋面自2000年以來就持續擴展，到2006年底，已經有46.6%的城鎮從業人員和離退休者參保。儘管這一制度與城鎮從業人員和離退休者的全覆蓋尚有一定的距離，但是從發展的角度來看，有關部門無疑在過去的五年內付出了巨大的努力。自2007年起，城鎮居民基本醫療保險在全國範圍的試點開展起來，醫療保險開始從工作人群向非工作人群推展。

在農村，各地從2003年開始推進新型合作醫療的試點工作。這一制度的推行得到了各級地方政府的積極響應，試點範圍不斷擴大。2004年全國僅有333個試點縣，截至2006年底，全國開展新型農村合作醫療試點的縣(市、區)達到1,451個，參保農民人數為4.1億，佔全國農業人口(7.4億)的55.4%^⑪。

無論如何，中國醫療保障的覆蓋面依然很窄。而且，現有的公立醫保體系都存在保障力度不足的問題，參保者的實際醫療費用中僅有40至50%能為醫療保險所覆蓋。因此，那些為公立醫療保險所覆蓋的民眾，在一定的程度上，依然還是自費病人。中國醫療衛生體系的社會公益性無法體現，關鍵在於醫療保障體系的政府主導性不足，覆蓋面太窄，民眾醫療費用風險無法分攤，第三方購買的制度無法形成。

中國醫療衛生體系的社會公益性無法體現，關鍵在於醫療保障體系的政府主導性不足，覆蓋面太窄，民眾醫療費用風險無法分攤，第三方購買的制度無法形成。

四 結論：市場化與社會公益性可以兼得

以上的討論揭示，在醫療體系中，醫療服務的市場化與社會公益性完全有可能兼得。實際上，中國醫療體制進一步改革的方向是政府主導，政府努力的目標是恢復醫療服務的社會公益性，這固然不錯。但是，必須明確的是，堅持政府主導的原則並不意味着一定要回歸計劃體制。政府主導的重點應該放在健全醫療保障體系，在較短的一段時期內推進全民醫保的實現。這一工作的重要性，首先在於能極大地促進醫療負擔公平性的實現，一掃中國醫療籌資公平性排名世界倒數第四的惡名。但更為重要的是，全民醫療保障還能收到抑制醫療費用快速上漲之功效。換言之，普遍覆蓋的醫療保障體系，正是醫治「看病貴」、「看病難」的妙藥。一旦所有的民眾都獲得了醫療保障，低收入者自然不會因為費用問題而對醫療服務(尤其是門診服務)望而卻步；一旦所有的民眾都獲得了醫療保障，那麼醫療費用可以在健康人群和病患之間分攤，從而可以避免目前大部分醫療費用均由病人負擔的局面；一旦所有的民眾都獲得了醫療保障，那麼醫保組織者就可以成為醫療服務的購買者，成為民眾的代理人，民眾也就不必作為單個病人出現在醫療服務點。如此一來，醫療服務買賣雙方的市

場力量對比便可以從賣方向買方傾斜，醫療服務提供方（無論市場化與否）都不能為所欲為地多收費、多開藥、多檢查。

對於緩解中國醫療體制所面臨的兩大難題，即費用高漲、公平低下，實行健全的醫療保障體系可說是具有一石二鳥之效。毫無疑問，建立一個全民醫療保障體系，乃是中國實現和諧社會的最重要目標之一。

鑒於政府的財力始終是有限的，因此政府必須把有限的資金花在刀刃上。為了推進醫療衛生事業的社會公益性，政府必須更多地投資於醫療保障體系，更多地投資於公共衛生服務，更多地投資於市場力所不及的社區衛生服務體系，這就決定了政府無力主導其他醫療機構，尤其是那些有能力、有實力、有潛力在醫療服務市場中生存甚至發展的醫院。對於這樣的醫院或其他類型的醫療機構，民營化勢在必行。醫療服務的市場化勢在必行。

註釋

① 在眾多宏觀的論述中，人們經常看到的是「醫療衛生體制」這個字眼。從分析的角度來看，「衛生體制」(health system)與「醫療體制」(health care system)是有區別的。前者外延寬而後者窄。後者僅僅包括各種醫療服務，俗稱「看病」、「治病」，而前者包含很多並不治病，但同維護人民健康水平密切相關的服務，其中包括公共衛生、環境衛生、職場衛生、健康維護(保健)等等。當然，兩者是緊密聯繫起來的，尤其是某些公共衛生服務(例如防疫)的提供，一般也由醫療服務提供者來完成。限於篇幅，本文討論的重點是醫療體制，暫且不涉及更大的衛生體制問題。

② 有關新聞報導參見〈放棄市場化改革方向：衛生部正制定醫改新方向〉，《中國青年報》，2005年8月3日。有關具體的改革思路，參見葛延風、貢森等：《中國醫改：問題、根源、出路》(北京：中國發展出版社，2007)。

③ 國務院發展研究中心課題組：〈對中國醫療衛生體制改革的評價與建議(概要與重點)〉，《中國醫院院長》，2005年第16期，頁36-41；第17期，頁34-39。

④ 世界銀行：《2004年世界發展報告：讓服務惠及窮人》(北京：中國財政經濟出版社，2004)，頁151-52。

⑤ Michael Reich, ed., *Public-Private Partnership for Public Health* (Cambridge, Mass.: Harvard Center for Population and Development Studies, 2002).

⑥ 顧昕、高夢滔、姚洋：《診斷與處方：直面中國醫療體制改革》(北京：社會科學文獻出版社，2006)。

⑦ 顧昕：〈全球性醫療體制改革的大趨勢〉，《中國社會科學》，2005年第6期，頁121-28。

⑧ 衛生部統計信息中心編：《中國衛生服務調查研究：第三次國家衛生服務調查分析報告》(北京：中國協和醫科大學出版社，2004)，頁16。

⑨ 參見中華人民共和國財政部網站，www.mof.gov.cn/news/20070227_3194_24446.htm。