

第五章 中國對醫療職能範圍的控管與干預

在第一章中作者曾經論述自 1980 年代以降，西方的公共管理改革類型與思路主要有二：一是英國式的改革，重心在於以財產權為中心的私有化，例如將公營企業股份化；另一種則是美國式的改革，重心在於管理職能的通用主義（genericism），其重心就是向私營企業借用管理工具，對政府進行管理上的改造。這兩種型式改革的最核心概念，就是在於將「市場機制」引進公部門。以國家醫療健康服務（NHS）而言，英國最常用的策略就包括了市場測試、民營化與強制性競標；在美國則是由於深具市場經濟資本主義的傳統，因此其市場機制主要是採用經濟誘因，例如使用者付費、抵用券、補助、優惠減稅、財產權的創設等。這些思路對中國的醫療改革有著怎樣的刺激與影響，將會是作者在本章要探討的首要重點。

其次，中國的醫療市場的問題與西方有著本質上的不同，這將是本章要處理的第二個問題。因為西方的醫療市場的問題往往是因為政府的過度介入，致使造成了市場與國家同時失靈的狀況，因此才有治理觀點的提出。中國醫療市場的問題卻還沒有到這個程度，簡單的說並不是市場與國家的同時失靈，而是市場不成熟國家卻又介入太深。這樣的情況下國家的作為就與傳統的治理模式有著根本上的差異，作者認為這個差異就是一方面國家應該從這個職能範圍逐漸撤手，另一方面是應該讓這個市場制度化運作，脫離原始或是不成熟狀態。因此本章的第二個部分就是要以治理的觀點去論證，國家在此時如何領控醫療職能範圍，一方面重新建立健全的市場機制，另一方面去建立新的治理模式。

本章的第三部分就是既然治理的觀點就是將具管理主義精神的措施引進公共政策，則作者將探討在醫療改革的過程中，他們究竟引進了怎樣的措施？其成效又如何？以醫療保障政策來說，個人掛鉤精神的措施是很早就引進的，其成效與問題將會是本章要探討的重點所在。而這在治理理論上又有著怎樣的啟發，也

將是本章要探討的重點之一。

第一節 醫療保障職能範圍的特徵與國家的干預

1-1 醫療保障制度的特質

在研究醫療保障體制與政府治理的關係之前，我們必須先要了解醫療保障體制的特性，否則將難以了解國家在醫療職能範圍的作為。就理論上而言，醫療職能範圍在其體質有下列特性，致使國家必須主動加以干預：(Phelps, 1997; Folland, 1997; 盧瑞芬 & 謝啟瑞, 2000: 5-10)

- (一) 不確定性(uncertainty)：這一方面是指疾病發生的不確定性(需求面)，指消費者無法確實掌握其健康與身體情況的變化；另一方面同時也指治療效果的不確定性(供給面)，指消費者與醫療提供者常無法確切知道各種治療方式的預期效果。
- (二) 資訊的不對稱(information asymmetry)：指消費者在缺乏專業的訓練之下，對醫學知識是處於近乎「無知」(consumer ignorance)的狀況，這也是醫療保健財貨與其他財貨間的最大差異所在。
- (三) 外部性(externality)：指不同的個人在醫療保障服務消費上的互相依存性(interdependence)，這種相互依存性在經濟學上稱為外部性。而這種外部性又可分為負的外部性(negative externality)與正的外部性兩種(positive externality)，前者是指某一個人的消費行為會減少其他人的滿足或是福利水準，後者則是正好相反，指某一個人的消費行為會增加其他人的滿足或是福利水準。

- (四) 政府干預 (government intervention)：由於醫療保障職能範圍普遍存在加入障礙與資訊不充分的問題，再加上醫療保障同時又有公共財與特殊財的屬性，因此醫療保障職能範圍時常有市場失靈的現象，而政府干預則成為最常見的解決方式。政府干預的例證包括：(一) 價格管制；(二) 藥品安全檢驗與進口管制；(三) 政府直接提供保險；(四) 醫院興建的審核與許可制度等均屬之。
- (五) 非營利廠商扮演的角色 (nonprofit Firms)：由於消費者在使用醫療服務之前並無法試用，因此信任關係成為醫療保障提供過程的一個重要元素。基於此一因素，專業倫理對醫生各項醫療行為的限制，也較其他行業嚴格。甚至許多國家都偏好由非營利的機構來提供醫療服務，或是以法律明文禁止營利機構提供醫療服務。(Sloan, 2000: 1141-1174)

這五項特性是醫療保障職能範圍異於其他經濟財貨與體制的最重要特徵。由於就醫療職能範圍本身的體質來說，可以說是基於外部性、資訊不對稱兩大原因致使政府必須介入干預醫療職能範圍。這樣的干預在世界各國皆是如此，但是這樣的干預措施並非是國家操縱市場機制，而是國家將市場予以制度化管理，以免造成不公平競爭。

1-2 醫療職能範圍中國家的干預與影響

一如前述，醫療職能範圍在技術上與本身體質上的特殊性，因此政府若不主動介入醫療職能範圍，可能會造成醫療職能範圍陷入壟斷，造成市場失靈，更進而危及國民健康。而除了政府本身的管制干預措施外，醫療保險的介入也會使

醫療職能範圍產生新的變化。首先從經濟學的角度說，醫療保險的提供，可以減少消費者財富的不確定性，進而使消費者的效用增加。在另一方面，醫療保險制度也會產生三種道德危害（moral hazard）的效果，影響醫療職能範圍的運作。首先，事後（ex post）的道德危害是指在有醫療保險的情形下，消費者就醫時所面對的財貨價格的降低，因此消費者的醫療需求會增加；其次，事前（ex ante）的道德危害則是指消費者在有了醫療保險之後，對疾病發生的預防誘因會降低，反而增加罹患疾病的機率。最後在資訊不對稱的情況之下，醫療保險的介入會降低消費者監督醫療服務提供者行為的誘因，使醫生誘發性的需求增加。（Coyte, 1990）關於道德危害，一般認為常見的解決方式有二：一、是對價格需求彈性較大的醫療服務（如牙科或是一般門診），給予較低的保險給付範圍，對價格需求彈性較高的醫療服務（如住院），給予較高的保險給付範圍；二、是部份負擔制度。

道德危害雖然是一種理性的經濟行為，但是它所造成的影響卻是會使醫療支出增加與社會福利損失。同時在醫療保險介入後，醫療職能範圍很難維持價格不變（因需求增加或是品質提高等原因）。若是價格因醫療保險介入而提高，則社會福利的損失會更為增加。（Folland et al., 1997）同時在保險介入也會造成價格提高的情況下，消費者在生病時面臨的財務風險也將會更為增加，進而提高對醫療保險的需求，形成新的惡性循環（vicious cycle）。在此情形下，由於消費者對健康狀況與疾病風險相較於保險公司會有比較充分的資訊，因此保險公司往往會因為無法區別受保者的風險高低，致使保險公司虧損連連而產生逆選擇（adverse selection）的現象，最後甚至退出市場。逆選擇現象的存在雖是不可避免，但是其影響則是會使保險市場失靈，或是低收入民眾、老人或殘障者沒有保險或是醫療保障。（盧瑞芬 & 謝啟瑞, 2000: 340-344）在這樣的情形下，國家介入醫療職能範圍乃成為不得不然的事。

1-3 國家對醫療職能範圍的干預方式

如前所述，政府（或是國家）在醫療與保險職能範圍面臨最大的問題就是逆選擇或是道德危害，則政府可能會採取若干積極的干預措施，以降低逆選擇的現象。其所採取的做法有：一、透過教育宣傳或是租稅補助的方式，鼓勵保險公司提供綜合風險的保單；二、採取強制性的全民投保（compulsory universal coverage）；三、要求雇主提供保險方案，至少須有 75% 的員工參加（employment-based insurance）。（Hsiao, 1995:135）（見表 5-1）

按照醫療保險籌資機構和醫療服務機構公立或私立的性質，國家的干預可以有如下四種不同的組合：（1）公立保險機構籌集資金，公立醫療機構提供服務；（2）公立保險機構籌集資金，私營的醫療機構提供服務；（3）私營保險機構籌集資金，公立醫療機構提供服務，以及；（4）私營保險機構籌集資金，私營醫療機構提供服務。

這四種模式在各國政府干預醫療保險時得到了不同程度的運用。第一種模式是全面干預醫療保險和服務市場，如英國，保險機構和醫療服務的供給方都是公立的，由政府承擔全面的責任。第二種模式是干預保險市場，但不全面干預醫療服務市場，醫療服務由各種所有制的醫療機構來提供。對保險市場的干預程度又有不同。有基本上實行全面干預的，如加拿大。在加拿大，由地方政府設立社會保險機構具體負責籌資和付費，政府和保險機構合辦。第一種服務機構由公立和非營利機構共同組成。保險干預較弱的一種形式是國家統一籌資，實行社會醫療保險，但是委託非政府機構、民營或私營保險機構管理和運作醫療保險金，如德國的疾病基金，還有美國針對老年人的醫療照顧計劃（medicare）。

第三種模式是政府立法要求推行強制醫療保險制度，但是具體的資金籌集和管理由民間機構進行，保險市場化與服務提供由公立和私立等各種機構共同組成，例如：新加坡的制度。最後一種模式是保險和醫療服務基本全面市場化，例

如：美國，除對老年人和窮人實行社會醫療保險計劃外，其他大部分實行私營的自願保險計劃，由私營的保險公司運作。大部分醫院也是私營的，包括非營利的和營利的，企業可以實行自保，或選擇某一保險公司投保。而中國目前的城鎮職工醫療保險，採取的是第一種模式，即公立保險機構籌集資金，公立醫療機構提供服務的模式，也是市場化程度最低的一種模式。

表 5-1 醫療與保險市場失靈與政府的干預政策

市場失靈	市場失靈所導致的結果	政府的干預措施	政策效果
逆選擇 (adverse selection)	很少風險混合	教育宣導、租稅補助	無效
	沒有保險市場	強制性全民投保、終身投保	很有效
	有些人無保險	規定團體保險員工的參與率	很有效
風險選擇 (risk selection)	低收入民眾、老人或重大殘障者沒有保險	強迫保險公司開放投保	效果普通
		社會費率	效果普通
		個人風險校正 ¹	技術上仍有待克服
道德危害 (moral hazard)	增加醫療服務的使用	自付額、部份負擔率	效果普通
		建立守門人制度 ²	效果普通
		讓病人排隊等待 ³	病人不滿意

(資料來源：Hsiao, 1995:135)

由於醫療服務與保險市場的市場失靈所求等問題，因此適當的政府干預是必要的。問題是在政府與市場作用的不同模式中，而應該選擇何種模式進行干預。政府的全民免費醫療計劃或社會保險計劃是

¹ 所謂個人風險校正費率 (risk-adjusted premiums) 是指個人根據個人預期的醫療費用來調整保險費率謂之。(Hsiao, 1995: 135)

² 指藉由限制消費者就醫自由與建立轉診制度的方式，來節制醫療資源的使用，通常做法就是由基層醫師來扮演守門人 (gatekeeper) 的角色，消費者就醫必須先找基層醫師，然後再由基層醫師決定是否需要轉診給其他醫院或是醫師。(Hsiao, 1995: 135)

³ 就是指以等待名單 (waiting list) 的方式，以限制醫療的供給，透過等待的時間成本，來作為分配醫療資源的價格機能。(Hsiao, 1995: 135)

克服逆選擇問題的有效辦法，但對於克服道德風險和誘導需求並不特別有效。因此需要通過付費機制的設計等市場制約方法，需求方醫療服務資源的激勵。任何國家干預的醫療保險計劃，都是在效率和公平性之間的權衡。

通常市場機制是能提高效率的有效方式，而國家的作用則是在於維護醫療制度中的公平性。一般來說，一個國家的醫療服務目標包括：(一) 引入社會效率高的醫療服務利用體系；(二) 在不同人口中分散風險；(三) 在人的一生中分散風險，以及；(四) 根據需求（反映收入和健康狀況的需求）分配資源。在這四個目標中，第一個和第三個目標注重效率，需要通過發揮市場的作用來實現，第二個和第四個目標則更注重平等性，需要適當的政府干預。(Donaldson & Karen, 1993)所以效率與公平的權衡，也體現市場機制與政府

以醫療職能範圍來說，所謂政府的監管能力與干預，不只是辦醫院，同時還要對醫院的服務規範與質量進行監管，在資訊不對稱的情況下充當消費者利益的最終保護者。政府醫療保險部門應設立專門機構處理消費者對醫療服務質量的投訴。要防止醫療服務機構利用資訊不對稱的優勢隱瞞真相，損害消費者的利益。保護消費者利益的一個重要手段是確保充分的、規範化的資訊披露。政府有關部門不僅要免費公開基本醫療保險專案所覆蓋的人群和構成情況，以及醫療保險費用收入與支出等方面的資訊，還要規範醫療服務機構有關成本、收費以及服務質量方面的資訊披露，消費者在醫療服務市場的選同時也商業保險的介最後，由於同樣存在道德風險和腐敗的可能，政府的醫療保險機構也需要公的監督，尤其是督。

但是中國作為一個社會主義的計畫經濟國家，在國家與社會的相對關係上，由於國家幾乎全面介入社會各層面，因此所謂類似「市場機制」可以說幾乎不存在。但是由於醫療行為本身性質的特殊性，其所發生的醫療資源浪費等相關問題與西方國家並無二致。再加上由於社會主義國家本身往往就是相關醫療服務

的直接提供者，因此其介入關係又與西方國家的型式不甚相同。這種近乎「球員兼裁判」的關係，在當國家對醫療職能範圍進行干預時，又會有著與西方國家產生不同的效果。例如在醫療上的「道德風險」，在西方國家可以透過種種政策或是措施去試圖降低保險公司的損失，但是當國家同時也是「球員兼裁判」的關係時，這些政策能否奏效就大有疑問。例如以前述之透過教育宣傳或是租稅補助的方式，去克服道德風險的問題就是一個例子。由於政府本身就是財貨的提供者，因此其教育或是宣傳措施是否會淪為「廣告化」，以致成效有限；而另徵租稅去補助醫療保障事業是否會造成人民有「一條牛剝兩次皮」的疑慮等，都會造成中國在醫療職能範圍做法上的改變。甚至在缺乏市場機制的調節下，就由國家直接吸收相關的「隱藏性成本」。長此以往，則造成國家在其財政負擔上不堪負荷的窘境。

此外，由於中國現在醫療保障政策的實施上各地體制均有所差異，並且各地各自分割不相隸屬（這也就是所謂「條條塊塊」的現象），而雖然現行基本醫療體制是在「個人帳戶與大病統籌」的前提下進行，但是各地受到經濟社會條件發展狀況的不同，各地也設計出不同的制度與模式。舉例來說，在國家與醫療保險機構對醫療機構的費用補償方式上，幾乎各種方式都在中國大陸各地醫院實驗與實施過，而且迄今尚未有統一的給付方式。也由於其給付方式的不同，造成了各地「醫療保障基金」的支出與盈虧差異甚大的現象。而醫院作為一個事業單位，也是一個特定利益的集團，自會去選擇對自己最有利與最便利的方式去處理相關問題。

目前中國政府為了能夠有效節制醫療成本的開支，除了在體制上改用「統帳結合」的制度外，同時也針對外在的醫療職能範圍去進行干預——其中最重的就是藥品與醫院兩大項。只是這些國家對醫藥與醫院的干預措施等於是製造了計畫性經濟體制的大環境，而當外在環境屬於計畫性經濟的體質時，幾乎就等於宣告了該體制的「市場機制」不完備之特質。而當中國政府在各地設計基本醫療制度時卻又企圖自外在環境引進所謂的「市場機制」以促進矯正其醫療資源浪費的

弊端，在這種「套套邏輯」之下其結果自然是可想而知。

就治理的理論來說，中國政府在醫療職能範圍的介入過程，可以分成幾個層面來加以論述。首先就是在醫藥方面，如何將醫藥市場管理制度化，甚至資訊透明化就成為關鍵所在；其次是在醫院部分，其所謂的「管理主義」的措施為何？對醫院的營運有何影響？會不會造成醫院體質或是醫病關係的改變？也就是說原先中國政府透過醫院所聯繫的醫病關係，在透過契約關係或是醫生選擇權等因素的影響之下，會形成一個怎樣的新治理模式？第三則是中國政府在費率的制定上，所引進費用與「個人掛鉤」誘因是否有效？這是否也能成功的創造一種新的治理關係？簡單的說，作者認為在這些部分所引進的類似市場機制的制度，能對整個中國醫藥、醫院與醫療經費節約等各方面造成怎樣的影響，將會決定治理模式的成敗。

本章後半將以此為出發，分別在第二節與第三節論述中國政府如何在不同時期透過對醫藥與醫院的干預措施，以達到控制醫療開支成長之目的；在第四節則由國家引進費用與「個人掛鉤」的方式去探討國家對於醫療資源的管控。更重要的是，我們可以由這些干預措施論證中國的醫療職能範圍是屬於一個是計劃性經濟的體制。當然其間各級政府與衛生機關的控管角色，將會是討論之重點所在。

第二節 對藥品的控管與干預

據世界衛生組織統計，目前全世界有 1 / 3 的患者是死於用藥不當。因此，不符合質量標準要求的藥品可直接危害患者的生命。由於藥品有特殊的使用價值，其經濟效益高於普通商品利工具的可能性。藥品質量的優劣、真偽，一般消費者難以識別，只有依靠專設設備才能做出鑒定和評價。這些特性說明，在普通消費企業、藥品經營企業、醫師及藥師之間，對藥品的質量、用途及使用方法等，存在著嚴重的資訊不對稱，即消費者所掌握的藥品知識肯定是很不完全的。因而在

藥品的交易中，消費者處於絕對被動的地位，完全有可能承擔額外的交易成本。藥品的政府管制，其目的在從制度上保證消費者獲得更多的藥品資訊，從而儘量降低交易成本和健康風險。

由於醫藥市場有其特殊性，因此世界上各國對於醫藥均或多或少存在著管制機制，這種管制機制的存在除了主要是控制藥品的品質達到一定的水準外，另外的目的則是希望達到藥品價格合理化的目標，以免造成醫藥市場失靈。一般來說對於醫藥市場的管制機制可以用兩方面來控制：一是政府的行政或是政策干預；另外一個就是市場機制的的作用。作者認為醫藥市場的管制大致可以分成四種型態，如下圖 5-1 所示：

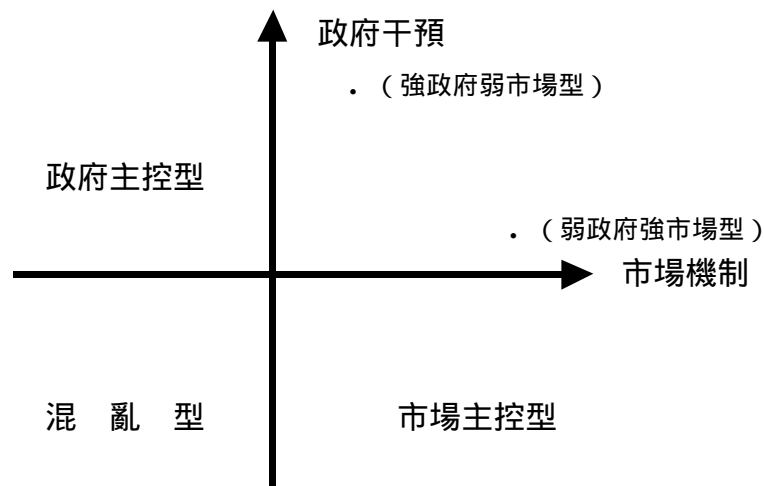


圖 5-1 醫藥市場的管制型態
(本圖由作者自行整理)

作者認為絕大多數的國家均會對醫藥市場起一定作用，只是各自作用的比例的高低有所不同。在落後地區或是未發展國家，由於政府幾無醫藥政策可言，自然也無任何的管制機制，同時醫療市場也不具有自我調節的功能，因此該地區醫藥市場是屬於混亂型；第二是政府主控型，主要是存在醫藥市場仍不完全發展之地區，致使政府必需擔負起完全管制醫藥市場的責任，該型也就是屬於典型的是

計劃性經濟體制；第三型隨著政府與市場控制比例的不同又可分為「強政府弱市場型」與「弱政府強市場型」二種，其中「弱政府強市場型」，係指國家僅在進入市場門檻上做出管制與干預，其他則放任市場機制運作；而「強政府弱市場型」。則主要是計劃經濟與市場經濟的過渡型，其特徵在於市場機制仍不完備與成熟，因此國家仍在許多地方進行管制，惟部分市場機制已經開始運作，例如有限度的價格競爭機制等，在此部份則在國家的監督下允許有限度的開放或是競爭。

第四型是市場主控型，主要是指政府完全退出醫藥市場的管制，但由於醫藥市場體制健全，且藥商間也存在著良善的自我監督機制，因此完全放任醫藥市場自由運作。基本上而言，第四類型的典型代表就是美國。作者將以此模型來針對中國的醫藥與發展進行分析，同時將論證其與醫療改革的關連性，以及是否成功的創造了一種新的治理機制。

2-1 對藥廠的管制

在建國之初，就成立了中央人民政府衛生部及其藥政機構，主管藥業的行政工作。當時的主要任務是查禁鴉片等毒品和製造售假藥的活動。而隨著藥品工商業的社會主義改造運動的結束，藥政工作逐步讓位給條條細分的部門（見表 5-2），即進入政企合一的計劃經濟體制。這種體制延續了 30 年之久，其一個明顯的特徵是企業歸屬關係的頻繁變動，體現了這一時期中國藥業非獨立、非經濟業的性質，它只構成各大類

另外我們也可以按化學製藥業、中藥業、醫藥商業和醫療器械業的分類來觀察此時期藥業管理體制的混亂。（鄭國辰, 1995:1-38）

——化學製藥業。化學製藥業的管理部門，先後有輕工業部醫藥工業管理局（1952 年—1956 年），化工部醫藥司（由醫藥工業管理局改建而成，1956 年—1964 年），化工部中國醫藥工業公司（1964 年—1970 年），燃化部醫藥小組（1970

年 1974 年)，燃化部醫藥局（1974 年 1975 年），石化部醫藥局（1975 年 1978 年），及化工部醫藥局（1978 年）。

——中藥業。中藥業的管理部門，先後有1950年 1954年），中藥管理委員會（衛生部）中國藥材公司（1954年 1955年），全國供銷合作總社中藥材管理總局（1955年 1956年），商業部中國藥材公司（1956年 1957年），衛生部藥政管理局（1957年 1963年），商業部中國藥材公司（1963年 1970年），商業部醫藥組（1970年 1972年），及商業部醫藥局（1972年 1978年）。

——藥品商業。藥品商業的管理部門，先後有衛生部中國醫藥公司（1950年 1952年），貿易部中國醫藥公司（1952年 1958年），商業部醫藥貿易局（1958年 1962年），商業部中國醫藥公司（1962年 1970年），商業部醫藥組（1970年 1972年），商業部醫藥局（1972年 1978年）。

——醫療器械業。醫療器械業的管理部門，先後有輕工部醫藥工業管理局（1952年 1956年），化工部醫藥工業管理局（1956年 6月 1956年 11月），一機部儀器儀錶工業局（1956年 1960年），衛生部醫療器械工業局（1961年 1966年），及衛生部醫藥器械管理局中國醫療器械工業公司（1966年 1978年）。

表 5-2 中國藥業的分類管理

主管部門	藥品類別
國家醫藥管理局	化學醫療器械
衛生部	生物製品、醫療製劑
國家中醫藥管理局	中藥材、中藥飲片、中成藥
農業部、國家動植物管理部門	獸藥
公安部	麻醉藥品(量配類)
能源部	放射性藥品(量配類)
國家體育委員會	運動藥品
國內貿易部	生化藥品

（資料來源：鄭國辰, 1995:12）

除了管理機構條條塊塊的混亂現象外，另外就是中國在文革 10 年期間，政治經濟與社會秩序大亂，造成了製藥廠生產混亂的情況。有的藥廠片面追求產值與利潤，不按照計畫生產藥品，這造成某些醫療常用與極需的藥品數量不足，品種也不完全；部份藥廠則偷工減料、粗製濫造、甚至是藥效不全。同時許多行業以至公社、生產大隊、學校、部隊、農場、街道、勞改場等單位，不經有關部門批准，擅自開藥廠與盲目造藥。根據中共內部一份不完全的統計資料，當時全國掛起製藥廠牌子的單位共有 2600 多家，不掛製藥廠招牌，卻從事生產藥品的單位更多。據吉林、遼寧、河北、河南、安徽等省的調查，未經批准的藥廠占 70% 左右。⁴中國政府為遏止這種混亂的狀況，乃在 1979 年針對製藥廠公佈「藥政管理條例（試行）」⁵與在城鄉醫療機構實行「金額管理、數量統計、實耗實銷」的藥品管理辦法雙管齊下加以整頓這種亂象，⁶並要求在 1981 年以前完成這些整頓工作，⁷惟相關法令不夠周延致使整頓成效有限。

隨著市場化改革的開始和展開，人們逐步認識到藥業是一個贏利潛力很大的可以獨立發展的經濟性業。而當時條條分割、決策權醫藥業的快速發展。面臨逐步增多的各種所有制性質政企合一的部門管理機構，已不大適合扮演進入管制者的角色，逐步擴大的醫藥

⁴ 見 1979 年 5 月 15 日國發（1979）第 144 號文件「衛生部、國家計委、化工部、農業部、商業部、後勤總部、國家醫藥管理總局關於在全國開展整頓藥廠工作的報告」。

⁵ 見 1978 年 7 月 30 日國發（1978）154 號文件批轉頒發「藥政管理條例（試行）」。

⁶ 所謂「金額管理」就是藥庫、藥房、各科室等單位，其藥品的收入、支出、消耗、庫存都要按價格記載金額；藥品出庫時，都要按零售價計價。會計上要設置批零差價科目；「數量統計」就是要對本單位經營的藥品，其收入、支出、消耗、庫存都應進行數量統計。具體統計的品種和範圍，由各省、市、自治區衛生部門根據實際情況，加以規定；「實耗實銷」就是藥房和各科室銷售、消耗的藥品，據實向藥庫和會計報銷、結算，會計上按照藥品實際消耗數列報業務支出，做到實耗實銷、帳物相符。見 1979 年 4 月 18 日所公佈「衛生部、財政部關於改進醫療機構藥品管理的通知」。

⁷ 整頓藥廠的工作共分為三個階段，1979 年著重調查研究，摸底排隊，選擇有代表性的地區進行試點和制定本地區整頓藥廠的實施方案。對於已查明產品未經衛生局審批，未列入產銷計畫的生產廠應全面停止生產與銷售。在 1980 年，取得試點的基礎上，將整頓工作由點到面，全面鋪開，具備生產條件的藥廠，可以繼續生產藥品，對於不具藥品生產條件，或生產不能納入國家或省、市、自治區計畫的，不予批准生產藥品。經整頓驗收對予准許生產藥品的藥廠分批頒發工商企業營業執照。在 1981 年或稍長一點時間，就完成收尾工作。見 1980 年 2 月 12 日「貫徹執行『衛生部等單位關於在全國開展整頓藥廠的工作的報告』的實施細則」第 3 條之規定。

職能範圍，在原則上開始要求有一個中立性質的管制機構來維持正常的競爭秩序。但由於部門管理體制慣性太大，以致於至今尚未完成由部門管理向政府管制的過渡，因此，這一時期的藥業管理制度的特徵是部門管理和政府管制並存，而且是以部門管理政府管制其主要特徵。條條割據到根本的改善，反而由於經濟利益的驅動而有進一步加深的趨勢，機構再調整的難度已無法與 1978 年前同日而語。

為有效管理藥政，國家醫藥管理總局於 1978 年 7 月 22 日成立，直屬於國務院，並由衛生部代管。它的原始設計理念是希望要建立一個將部門管理和行政監督兩種職能合而 1978 1982 年它基本完成了部門整合的目標：把中西藥品、醫療器材的生、供應、使用統一管理統一規劃、統一計劃、統一管理。原來屬於商業部的中國藥材公司、化工部的中國醫藥工業公司和衛生部的中國醫療器械工業公司和中國醫藥公司都很迅速地劃歸到該局。在此期間各省、自治區、直轄市相繼建立該局下屬的醫藥管理局或醫藥公司，一些地區與縣也相應建立了醫藥管理機構。

但在 1982 年的機構改革中，該局又被劃歸「國藥管理局」，降格一個管理藥品 88 年又改回國務院的直屬職能局、1994 年又返回到權傾一時的國家經貿委，但事實上從 1982 年起，它就永遠失去了徹底完成部門整合的機會；並且與衛生部分道揚鑣，從此兩部會爭奪全國藥品管理的主導地位

目前對於藥廠的整頓與管制，首在製藥許可憑證的發放。對於過去經過批准生產藥品的單位，均要按照國家經委、國家農委、工商管理總局制定之「工業企業普查登記表」規定重新向企業所在之市、縣工商行政管理局進行登記，並由市、縣工商行政管理局轉報省、市、自治區工商行政管理局、醫藥管理局與衛生局。並依據國家規定條件對這些企業進行考核審定，凡是符合生產條件的企業，由省、市、自治區衛生局、醫藥管理局、工商行政管理局共同核准，並由省、市、自治區工商行政管理局核發「工商企業營業執照」，方得生產藥品。製藥企

業經審批核准後，由省、市、自治區醫藥管理局將登記報表送衛生部、國家醫藥管理總局備查。⁸

在 1980 年代以前中國的醫療體系中，中國政府規定所有中西藥品的生產都必須在國家統一的規劃下，合理佈局生產。並且要貫徹微利的原則，逐步降低藥品價格，並反對單純追求利潤盲目生產。⁹而各合格藥廠所生產的每種藥品都必須報經省、市、自治區衛生局審核批准。並且必須建立制定材料原料、半成品、包裝等質量標準，公開操作規程，檢驗，檢查規程與衛生管理等制度。同時藥廠也不能擅自更改處方，改變工藝程序。如須改變時，應經試驗、鑑定，並按照原審批程序辦理審批。¹⁰

因此在時期的醫藥市場供給面來說，國家與各級政府衛生機關可謂有著極為嚴格的掌控。關於新藥的生產與研製，每年由研製單位根據防病與治病的需要報省、市、自治區主管部門彙總審核，並徵求同級衛生行政部門之意見。再由主管部門下達計畫，抄送省、市、自治區衛生局、醫藥管理局與藥檢所，同時抄報衛生部、國家醫藥管理總局以及有關部會機關。¹¹而新藥經過鑑定或是臨床鑑定證明藥效，方能進行審批。凡屬創新的重大藥品或是國內未生產過的放射藥品、中藥人工合成品、避孕藥品、由衛生局審核後轉送衛生部審批，其他新藥則由省、市、自治區衛生局審批。¹²在定價上則是經省、市、自治區醫藥局報物價主管機關審定之。¹³

這種掌控的措施對於醫療職能範圍而言，是屬於一種全面的控制。國家企圖從上游製造商掌握藥品的生產質量，以穩定市場上的藥品質量及價格。但是由於前述不同藥品管理上的條條塊塊現象仍然根深蒂固，因此致使管理不力；而市場價格通報機制並未建立，以及醫院內部管理制度未妥善建立等問題，也使得節約

⁸ 同上註第 5 條之規定。

⁹ 見 1978 年 7 月 30 日國發（1978）154 號文件批轉頒發「藥政管理條例（試行）」第 8 條之規定。

¹⁰ 同上註第 10 條之規定。

¹¹ 見 1979 年 2 月 20 日所公佈「新藥管理辦法（試行）」第 1 項之規定。

¹² 同上註第 9 項之規定。

¹³ 同上註第 13 項之規定。

醫療開支的成效相當有限。這種情況的改變，必須等到 1984 年的「藥品管理法」公佈後才進入一個新階段。

2-2 1984 年的「藥品管理法」

到了 1984 年「藥品管理法」公佈後，中國的藥政管理才算是進入了初步穩定時期，其中完整的規範出藥品生產企業的管理、藥品經營企業的管理、醫療單位的藥劑管理、藥品的管理、藥品的分裝與包裝、特殊管理的藥品、藥品商標與廣告的管理、藥品監督與懲處的法律責任。¹⁴

基本上而言，依據「藥品管理法」所釐定的藥政管理權責上，地方省級政府的權責是大於中央政府的。省級的衛生行政部門透過了核發「製劑許可證」去針對醫療單位的藥劑管理進行監督；¹⁵透過「藥品經營企業許可證」的核發對藥品經營企業進行管理與監督；¹⁶透過「藥品生產企業許可證」的核發對藥品生產企業進行管理與監督；¹⁷同時還有權批准臨床藥物實驗的進行¹⁸與藥品商標與廣告的管理等權限。¹⁹

在中央衛生部門的權責上，則是透過所組成之「藥品評審委員會」與「中華人民共和國藥典」的藥品登錄，對國內的藥品生產許可進行審核與監督。²⁰還有就是在藥品的進出口上、²¹特殊藥品的管理（如麻醉藥品）²²等事務，也是由衛生部負責審查與監督。其管制的流程如下圖 5-2 所示：

¹⁴ 見 1984 年 9 月 20 日中華人民共和國主席令第 18 號所公佈之「中華人民共和國藥品管理法」與 1989 年 1 月 7 日國務院函（1989）3 號批准，1989 年 2 月 27 日衛生部令第 1 號發佈「中華人民共和國藥品管理法實施辦法」之規定。

¹⁵ 同上註第 4 章之規定。

¹⁶ 同上註第 3 章之規定。

¹⁷ 同上註第 2 章之規定。

¹⁸ 同上註第 21 條之規定。

¹⁹ 同上註第 8 章之規定。

²⁰ 同上註第 21-25 條之規定。其中「藥品評審委員會」的組成，可以參見 1987 年 7 月 1 日由衛生部發佈之「衛生部藥品評審委員會章程」之相關規定。

²¹ 同上註第 26-30 條之規定。

²² 同上註第 7 章之規定。

作者認為 1984 年的「藥品管理法」可以說是中國在藥政規範的改革上的一大分野點。一方面來說，由於過去欠缺一個明顯的規範，因此中國可以說根本沒有藥政管理可言，各地都是屬於各自為政的混亂時代，中央更是無力與無從介入起；另外一方面，1984 年的「藥品管理法」充分體認到藥政管理必須因地制宜的特質，初始的制度設計思考就跳脫出中央集權的制度設計，直接授權給地方政府，這在中國制度的設計而言是很例外的。中央在「藥品管理法」僅負責藥品進出口與生產許可的核發等少數事務，絕大部份的權限都落實在地方政府之手。但是在實際執行上卻由於中央與地方管理權責設計的混亂，致使產生了許多問題。例如藥品管理法第 4、10 條規定：開辦藥品生企業、省、自治區、直轄市藥品生經營主管部門、市衛生行政部門審核批准，並發給「藥品生企業」和「藥品經營企業許可證」。無此兩證件的，工商行政管理部門不得發給「營業執照」。而醫療單位配製藥劑，則只需要同級衛生行政部門審查批准，發給「製劑許可證」即可。這就等於是為醫療單位配製藥劑開了一道後門，產生管理上的漏洞。

這種後門洞開的情形到了 1994 年，中國國內藥品市場已經混亂到輿論鼎沸的地步，在還來不及修改藥品管理法的情況下，國務院為了遏止這種情形乃發了一個緊急通知，²³其中正式授予藥品生「藥品生企業合證」和「藥品經營企業合格證」的權力。這次非正式的法律修正案使得藥業的市場從此進入「兩證一照」的階段。藥業行政管制多元化的格局也由此進一步加深，加上地方政府對藥政機構的實際控制，中國藥政管理成為中央與地方權責混亂不清的情況。

從表 5-2 可以看出，中國藥品製造業不論在改革前還是改革後，都分散在多個部門進行分類管理。這些部門在目前的國有資管理使國有資所有者或國體有的資職費權經營屬國營醫藥

²³見 1994 年所公佈之國發（1994）第 53 號文件「關於進一步加強藥品管理工作的緊急通知」與 1994 年 10 月 19 日所公佈工商市字（1994）第 285 號文件「關於進一步加強藥品市場管理的通知」。

運營擁有直接的控制權。在此同時，它們還肩負各自行業的「宏觀管理」任務，即所謂的「規劃、協調和監督」，如具體貫徹執行國家藥業的技術改造、新品開發及基本建設投資；調整業制定並監督執行品的行業標準等。藥品業部門的這種國有藥品製造企業難以完全走向市場化，另一方面在藥品的行業管理和行政監督之間也確實造成了職權範圍的交叉，給實際藥品管理設衛生部作法定的藥品行政監督部置管理規範（GMP俾）要求藥品生企業執10%的企業能實現此規範。其原因據業部門反應是該嚴範遞況。於是國家醫藥管理局也公佈另一種GMP，鼓勵所屬企業執行。如此一來，藥政部門就無法一貫地執行其管制政策。衛生部根據法律授權制訂並頒佈國家藥品標準（藥典），定期淘汰部分療效不明確、不良反應大及危害健康的藥品，並相應撤銷其生准文號。這本屬國際慣例，無疑對病患者有利。但一旦實行起來，卻可能造成某些藥品生企業的品積壓甚至停工停，將會直接損害的禁止措施在該行業的反彈或是關說施壓下，這又造成了許多執行上的困難。（余暉，1996）

除了醫藥市場機制不夠完備外，目前在藥品市場管制實際執行上最大的問題是在於衛生部與業部門一樣，也有直屬的生物藥品製判的現象）。其實更嚴重的問題是，衛生部不但政企不分，而且還政事不分，即所有國立醫療機構都直屬於各級衛生部門。雖然國外也有國立醫院，關鍵在於，衛生部所屬的醫療機構不僅自配藥劑，而且還擁有國內外最大的藥品銷售網 - 藥房。藥房低價買藥（批零差價加高額回扣）高價賣藥（大處方、儘量推銷高價藥進口藥）~~約~~20%多的不合格藥品流向患者。（慎海雄、葉輝，1995: 7）

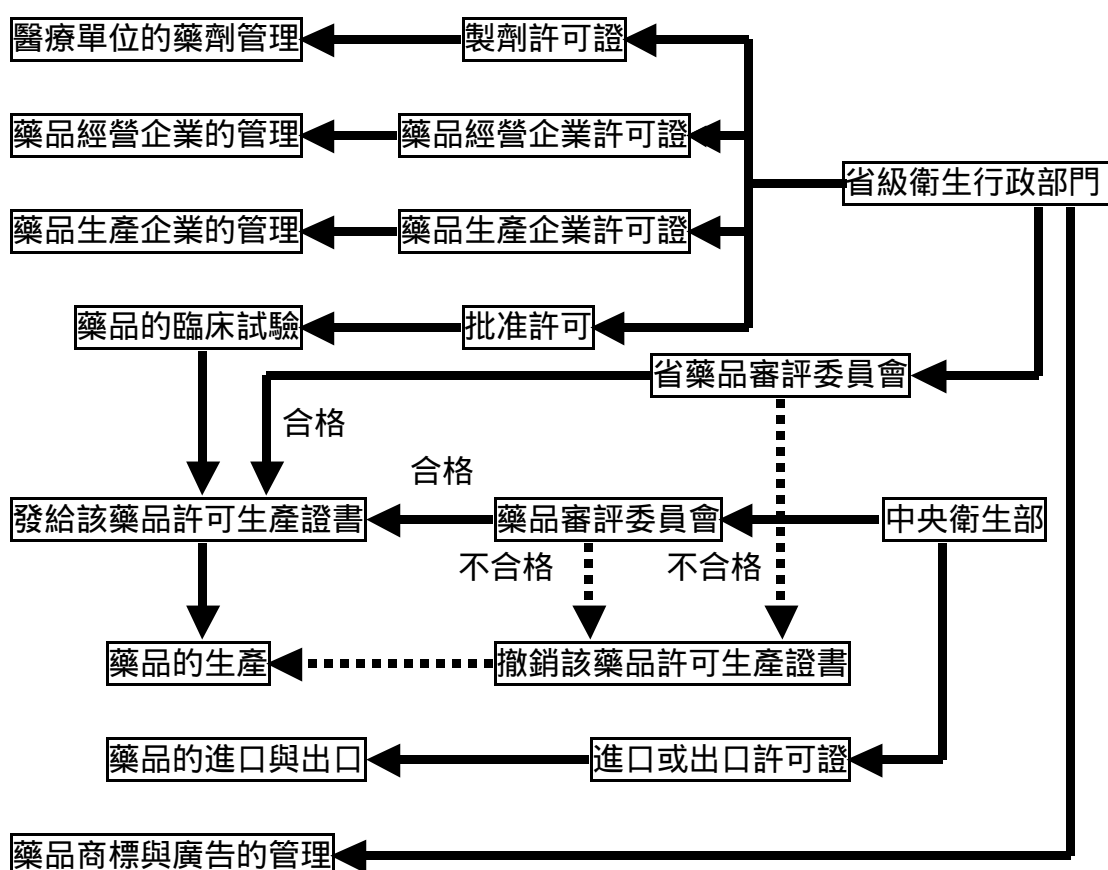


圖 5-2 1984 年的「藥品管理法」
 中國政府對藥品生產與銷售管制圖
 (本圖由作者自行整理)

除了政企不分和政事不分外，在中國還就是政市不分，即將近半數的藥品集貿市場是由各級工商管理部門所集資舉辦的。工商管理部門最初的功能就是管理農產品集貿市場和個體工商業者，現在的職能已擴展到廣告管理、商標管理及反不正當競爭等。但目前它最拿手的領域還是對集體貿易市場的管理。作者認為建立集體貿易市場，提供必要的交易設施，自然有助於提高交易的質量以及節約市場管理費用。取正常的市場管理費外，這等於是為「尋租」(rent seeking)開了方便之門。而不法商販以較低代價取得交易權的同時，無形中也躲進了保護傘。藥品市場裏假冒劣藥品泛濫以及藥品市場取締無方的

在中國現存的藥品管制體系中，藥品生

(經營) 合格證、藥品生 (經營) 許可證一照的審發和監督檢查權卻恰好分散在上生部藥政部門及工商行政部門手中。在部門整體利益驅動下，加上執法人員以權謀私的行爲，藥品市場上證照不全的現象也就不難理解。散，不能不說導及行業管理體制。有因此要建立統一高效的藥品管制制度，必須徹底改變政企不分、政事不分及政市不分的局面。

2-3 「中華人民共和國藥典」與「基本醫療保險藥品目錄」的管制

根據「藥品管理法」的規定，國務院的衛生行政部門的「藥典委員會」負責組織國家藥品標準的制定與修訂。同時國務院的衛生行政部門頒佈的「中華人民共和國藥典」與藥品標準為國家藥品標準。²⁴其中對於新藥品的審批與舊藥品的生產與再評價等權限，完全是操於衛生部所屬之「藥品審評委員會」之手。²⁵「藥品審評委員會」的委員是由衛生部聘請衛生與防疫等專家擔任，每屆任期兩年，在擔任委員期間不可擔任其他藥廠的兼職工作，以維持超然客觀的立場。²⁶而衛生部的「藥品審評委員會」的工作內容與預定進度表，衛生部也負有監督與管轄之責。²⁷因此在新藥的生產與國外廠商申請在中國首次註冊的新藥要進行臨床驗證都必須經過「藥品審評委員會」的核准方能放行。因此「藥品審評委員會」是進入中國醫藥市場的第一道門，而這道門的鑰匙則是在衛生部的手中。

「基本醫療保險藥品目錄」的管制方式的公佈是為了因應基本醫療保險的合理控制藥品費用而設計。中央與地方各級人民政府一方面可以透過對「基本醫療保險藥品目錄」的內容增減，達到對醫療品質與成本的控制目的外，另一方面也

²⁴ 同第 14 註第 23 條之規定。

²⁵ 見 1987 年 7 月 1 日由衛生部發佈之「衛生部藥品審評委員會章程」第 2 條之相關規定。

²⁶ 同第 14 註第 8 條之規定。

²⁷ 見 1989 年 8 月 10 日由衛生部所發佈之「衛生部關於加強和改進藥品審評委員會工作意見的函」。

可以經達到對藥品市場規模與種類管制的效果。基本上來說，納入「基本醫療保險藥品目錄」的藥品必須具備下列三個條件：²⁸

- (一)「中華人民共和國藥典」(現行版)收載的藥品；
- (二)國家藥品監督管理部門頒發標準的藥品；
- (三)國家藥品監督管理部門批准正式進口的藥品；

對於部份昂貴藥品，也明文規定不得納入基本醫療保險用藥範圍，以降低醫藥成本。²⁹基本上來說，「基本醫療保險藥品目錄」中的西藥與中成藥是在「國家基本藥物」的基礎上遴選，並分成「甲類目錄」與「乙類目錄」兩種。其中「甲類目錄」的藥品是臨床治療所必需，使用廣泛、療效好、同類藥品中價格低的藥品。「乙類目錄」則是可供臨床治療選擇使用，療效好，同類藥品中比「甲類目錄」藥品價格略高的藥品。³⁰而其中「甲類目錄」是由國家統一規定，各地區不得擅自調整。「乙類目錄」由國家制定，各省、自治區、直轄市可根據當地經濟水平、醫療需求與用藥習慣，適當進行調整，但是增加與減少的品種數之和不得超過國家制定的「乙類目錄」藥品總數的 15%，以進行總量控制。³¹

中國國家主管機關對「基本醫療保險藥品目錄」的內容原則上 2 年進行一次調整，各省、自治區、直轄市的「基本醫療保險藥品目錄」必須相應配合調整。

「基本醫療保險藥品目錄」的新藥增補工作每年進行一次，各地不得自行進行新藥增補。增補進入國家「乙類目錄」的藥品，各省、自治區、直轄市可根據實際情況，確定是否進入當地之「乙類目錄」。而制定「基本醫療保險藥品目錄」所

²⁸ 見 1991 年 5 月 12 日勞動與社會保障部、國家經濟貿易委員會、衛生部、國家發展計畫委員會、財政部、國家藥品監督管理局、國家中醫藥管理局聯合公佈的「城鎮職工基本醫療保險用藥範圍管理暫行辦法」第 3 條之規定。

²⁹ 同上註第 4 條之規定。包括了(一)主要起營養滋補作用的藥品；(二)部份可以入藥的動物及動物臟器、乾(水)果類；(三)用中藥材與中藥飲片炮製的各類酒製劑；(四)各類藥品中的果味製劑、口服泡騰劑；(五)血液製品、蛋白類製品(特殊適應症與急救、搶救除外)；(六)勞動保障部規定基本醫療保險基金不予支付的其他藥品等類項。

³⁰ 同上註第 6 條之規定。

³¹ 同上註第 7 條之規定。

需經費是由勞動保障行政部門向財政部門提出申請，由同級財政撥款解決，並規定不得向藥品生產或經銷企業收取評審費或是各種名目的費用。³²

而國家「基本醫療保險藥品目錄」的組織制定工作是由勞動保障部負責。並成立由國家經濟貿易委員會、衛生部、國家發展計畫委員會、財政部、國家藥品監督管理局、國家中醫藥管理局等單位組成的「基本醫療保險藥品目錄」審評領導小組，其職權就是負責評審「基本醫療保險藥品目錄」及每年增補與刪除的藥品，審核「基本醫療保險藥品目錄」遴選專家組與專家諮詢小組的成員名單，以及「基本醫療保險藥品目錄」審評與審核過程中的協調工作。領導小組下設辦公室，辦公室設在勞動保障部內。而各省、自治區、直轄市的「基本醫療保險藥品目錄」的制定工作則由各省、自治區、直轄市的勞動保障行政部門負責，並要按照中央的組織形式，建立相對應的評審機構與專家組。³³其組織關係如下圖 5-3 所示：

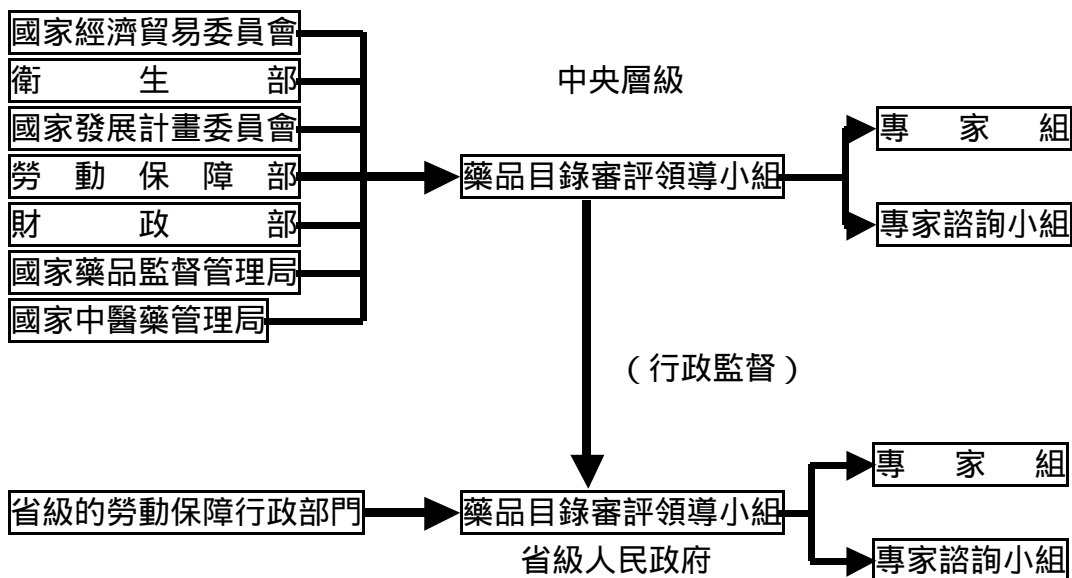


圖 5-3 制定與審核「基本醫療保險藥品目錄」機構之權責隸屬關係圖
(本圖由作者自行整理)

³² 同上註第 11 條之規定。

³³ 同上註第 12 條之規定。

由上述內容來說，對於明文不得納入報銷範圍的藥品，仍是依循著避免濫開昂貴藥品以減少醫療支出的精神，進行了嚴格的限制與管制。而若是以管制的權力與機構而言，由於頒發標準的藥品與批准正式進口藥品的權力均屬於衛生部，因此衛生部握有是否能將藥品納入報銷範圍與進入市場與否的決定性權力。換句話說，在「基本醫療保險藥品目錄」中衛生部（國家或是中央政府）的管制與干預，仍是決定性因素。另外，在決定藥品的「甲類目錄」與「乙類目錄」的區分上，省級的人民政府在中央所許可的範圍內，有參與決定的權力。但是一方面受到法令規範的上限（變動範圍不得超過 15%）所限，另一方面就是衡量本身的經濟條件與醫療成本的負擔能力，省級的人民政府的勞動保障行政部門仍是居於次要的管制角色。

整體來說，無論是「中華人民共和國藥典」還是「基本醫療保險藥品目錄」的實施，都是屬於國家機關力量對醫療職能範圍的壟斷性干預行為。同時對醫院來說對於藥品的選擇也還欠缺一定程度的競爭與選擇機制，而由於上述國家的干預與管制行為並未能達到科學化的管理規範（例如「藥品生產企業質量管理規範」即英文縮寫之 GMP），也使得中國的醫藥出口極為不易。另外，就醫療市場價格的角度來說，由於幾乎完全看不到價格因素在醫藥市場所引起的任何作用，醫藥市場在某方面來說成了政府衛生政策的反應與背書者，從另一方面也由於價格調節機制的欠缺而導致藥品市場價格混亂，讓消費者蒙受巨大損失。³⁴

因此作者認為無論是藥品的「甲類目錄」或「乙類目錄」的公佈及修訂，都是一種政府企圖讓資訊透明化的做法。只是藥品的「甲類目錄」與「乙類目錄」還不止於此，中國政府透過對藥品目錄的管理，決定了進入市場的門檻與條件。就治理的角度來說，讓資訊的透明化固然是一個里程碑，但是政府過度的管制與干預致使價格因素無法在醫藥市場所引起的任何作用，以至於醫藥價格依然混

³⁴ 中國醫療藥品價格的監督與管制機制，是到了 2000 年才開始步上軌道。見 2000 年 7 月 20 日計價格（2000）961 號文件「國家計委印發關於改革藥品價格管理的意見的通知」。

亂。這對醫藥市場的改革而言，可以說仍是一場挫敗。

由於基本醫療保險體制的推動，使得原先對藥品市場的規範與管制頓顯不足，因此面臨了一個新的轉折點。³⁵在 2000 年起最主要的改變有下列諸項：

- (一) 建立「藥品生產企業質量管理規範」；³⁶
- (二) 推進藥品流通制度改革，整頓藥品流通秩序；³⁷
- (三) 加強藥品執法監督管理（即「藥品經營生產質量管理規範」英文縮寫 GSP）；
- (四) 調整藥品價格，由條件制定全國統一零售價與引進市場競爭機制；³⁸
- (五) 醫療機構對於藥品的採購將採公開集中招標方式進行；³⁹
- (六) 建立藥品價格監測機制；⁴⁰

關於對藥品流通秩序的監督，主要做法是透過國家藥品監督管理局與所屬各地方各級藥品監督管理部門針對藥品流通狀況進行監督。其具體的管制作為就是禁止藥品生產企業向無「藥品生產企業許可證」、「藥品經營企業許可證」或無「醫療機構執業許可證」的單位或個人以償還債務、貸款的方式為其無證經營提供藥品，⁴¹另外就是嚴禁開辦或變相開辦各種藥品集貿市場（係指國家明令禁止

³⁵ 見 2000 年 2 月 16 日國務院體改辦、國家計委、國家經貿委、財政部、勞動保障部、衛生部、藥品監管局、中醫藥局聯合發佈之「關於城鎮醫藥衛生體制改革的指導意見」。

³⁶ 對取得中國藥品認證委員會 GMP 認證的企業與未取得 GMP 認證的企業，實行兩種價格體系。以兩種條件下不同的社會平均生產成本為基礎，根據產品市場銷售情況，分別確定出廠價格。對通過原國家醫藥管理局 GMP 達標的企業，參照取得 GMP 認證企業的價格執行，對達標後 3 年內仍未取得 GMP 認證資格的，則取消該項優惠措施。見 1998 年 11 月 3 日所公佈計價格(1998) 2196 號文件「國家計委關於完善藥品價格政策改進藥品價格管理的通知」之規定。

³⁷ 見 1998 年 11 月 16 日所公佈國藥管市(1998)150 號文件，由國家藥品監督管理局、國家工商行政管理局、公安部、監察部批轉「關於嚴禁開辦或變相開辦各種藥品集貿市場的緊急通知」；1999 年 6 月 15 日所公佈國家藥品監督管理局令 7 號文件「藥品流通監督管理辦法（暫行）」與 1999 年 10 月 19 日所公佈國藥管市(1999)352 號文件「國家藥品監督管理局關於對『藥品流通監督管理辦法』（暫行）執行中有關問題解釋的通知」。

³⁸ 見 2000 年 7 月 20 日所公佈計價格（2000）961 號文件「國家計委印發關於改革藥品價格管理的意見的通知」。

³⁹ 見 2000 年所公佈衛規財發（2000）232 號文件「關於印發醫療機構集中招標採購試點工作若干規定的通知」。

⁴⁰ 見 2000 年 11 月 21 日所公佈計價格(2000)2185 號文件「國家計委關於印發『藥品價格監測辦法』的通知」。

⁴¹ 見 1999 年 6 月 15 日所公佈國家藥品監督管理局令 7 號文件「藥品流通監督管理辦法（暫

的非法從事藥品購銷活動的場所，包括未經批准舉辦的藥品交易會。它是由多個無證經營者或借用合法企業保護的經營者或有證異地經營者，相對集中進行獨立的、分散的藥品現貨採購、倉儲、保管、運輸、銷售活動的場所。⁴²換句話說，唯有在國家許可與監督的情況下，醫藥的流通與買賣方能進行。

對於醫藥的監督，在 2000 年時有了一個新的變革。其最主要的變化就是設置各級政府之藥品監督管理局、技術機構與藥品價格的監督機制。首先，在行政機構的設置上，省、自治區、直轄市藥品監督管理局（以下簡稱省藥品監督管理局），為同級人民政府的工作部門。主要職責是，領導省以下藥品監督管理機構，履行法定的藥品監督管理職能；地（州、盟）、地級市根據工作需要，設置藥品監督管理局（以下簡稱市藥品監督管理局），為省藥品監督管理局的直屬機構。直轄市及較大城市所設的區，根據工作需要，可設藥品監督管理分局，為上一級藥品監督管理機構的派出機構。主要職責是，在上一級藥品監督管理機構的領導下，負責本行政區域內藥品監督管理工作，領導下屬機構開展藥品監督管理業務。藥品監督管理任務重的縣（市），根據工作需要設置藥品監督管理分局（以下簡稱縣藥品監督管理機構），並加掛藥品檢驗機構牌子，為上一級藥品監督管理機構的派出機構。其主要職責是，在上一級藥品監督管理機構的領導下，負責本行政區域內藥品監督管理工作。

另外，在技術機構的設置上，省和省以下藥品監督管理機構所屬技術機構的設置，須按照行政區域設置。省藥品監督管理局設置藥品檢驗機構，省會城市不重複設置，市藥品檢驗機構則是根據實際工作需要設置。藥品檢驗機構為同級藥品監督管理機構的直屬事業單位。根據工作需要，可授權部分藥品檢驗機構行使進口藥品檢驗職能，加掛口岸藥品檢驗機構牌子。在各機構的管理方面，省和省以下藥品監督管理機構及內設機構、技術機構的設置、變更或撤銷，由省藥品監

行)」第 3 條與第 8 條之規定。

⁴²見 1998 年 11 月 16 日所公佈國藥管市(1998)150 號文件，由國家藥品監督管理局;國家工商行政管理局;公安部;監察部批轉「關於嚴禁開辦或變相開辦各種藥品集貿市場的緊急通知」。

督管理局提出意見，省、自治區、直轄市（以下簡稱省）機構編制管理部門按規定程序審核、報批。內設機構的行政級別，參照當地人民政府所設同級機構的有關規定執行。⁴³

再就藥品價格的管制而言，各級政府價格管理部門是藥品價格的主管機關；各級醫藥行政管理部門必須積極協助各級政府價格管理部門管理藥品價格。國家對特定藥品實行政府定價和政府指導價，⁴⁴其中凡屬於中央政府管理價格的藥品目錄，由國務院價格管理部門制定。屬於地方政府管理價格的藥品目錄，由省級價格管理部門制定，並報國務院價格管理部門備案，必要時由國務院價格管理部門協調。各級醫藥行政管理部門和計劃單列市、副省級城市及省級以下價格管理部門未經授權不得制定藥品價格管理目錄。國家已明確放開價格的藥品由藥品經營者自主定價，不受國家規定的作價辦法限制。具體品種目錄由國務院價格管理部門頒布。⁴⁵其中列入政府管理價格的藥品目錄中的藥品，允許藥品生產經營者在突破國家規定的出廠價格、批發價格、零售價格的前提下，根據市場情況確定具體價格。但由於供過於求，多數生產企業均按低於國家規定的出廠價銷售藥品時，價格主管機關要參照其實際出廠價格，及時降低規定的出廠價格，並相應降低規定的批發價格和零售價格。生產企業如果降價競爭還達不到國家規定的利潤率標準，醫藥行業主管部門要及時指導企業調整結構，以促進生產。生產成本上升、供不應求時，價格主管機關要適時提高出廠價格，並相應提高其批發價格和零售價格。另外，國家計委還以各種公式，決定藥品的價格。⁴⁶

以上對醫院影響最大的，莫過於引進藥品的市場競爭機制與醫療機構對於藥

⁴³ 見 2000 年 6 月 7 日國發（2000）10 號文件「國務院批轉國家藥品監督管理局藥品監督管理體制改革方案的通知」。

⁴⁴ 包括了（一）生產、經營具有壟斷性的藥品（二）臨床應用面廣、量大的少數基本治療藥品、預防製品；（三）一類精神藥品、一類麻醉藥品和避孕藥具等特殊藥品。見 1996 年 8 月 21 日所公佈計價管（1996）1590 號文件「國家計委關於發布『藥品價格管理暫行辦法』的通知」的規定。

⁴⁵ 同上註。

⁴⁶ 見 1997 年 2 月 12 日所公佈計價管（1997）199 號文件「國家計委關於印發《藥品價格管理暫行辦法的補充規定》的通知」。

品的採購將採公開集中招標方式進行。由於過去藥品的價格由國家統一決定，因此非常欠缺市場的價格調節機制。到 2000 年中國開始實施政府定價與市場價格調節雙軌的制度（價格管制機制如圖 5-4 所示）。實施政府定價的藥品，僅限於列入國家基本醫療目錄的藥品與其他生產經營具有壟斷性的少量特殊藥品（包括國家計畫生產供應的精神、麻醉、預防免疫、計畫生育等藥品）；其中國家基本醫療目錄的甲類藥品與具有壟斷性的少量特殊藥品是由國家計委制定價格，國家基本醫療目錄的乙類藥品、民族藥、中藥飲片、醫院製劑的價格均由省級價格主管機關制定之。在此之外的藥品，實施市場價格調節，取消流通差率控制，由經營者自主定價。對於政府定價藥品，由價格主管部門制定最高零售價格。藥品零售單位（含醫療機構）在不超過政府制定最高零售價格的前提下，制定實際銷售價格。市場調節價格產品，由生產企業根據生產經營管理成本與市場供求制定零售價格。藥品批發、零售單位（含醫療機構）只要在不超過生產企業經營制定的零售價格前提下，制定藥品實際銷售價格。而價格主管部門則依據「中華人民共和國價格法」與「價格違法行為行政處法規定」等法律，對藥品價格與質量進行監督與檢查。⁴⁷

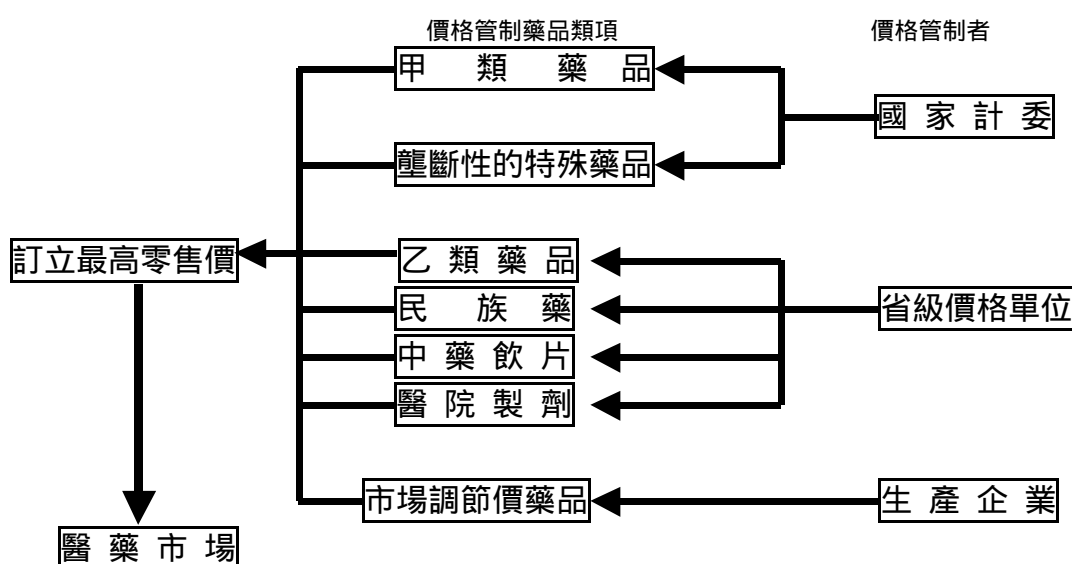


圖 5-4 中國 2000 年以後醫藥市場價格管制機制圖
（本圖由作者自行整理）

⁴⁷ 見 2000 年 7 月 20 日所公佈計價格（2000）961 號文件「國家計委印發關於改革藥品價格管理的意見的通知」。

關於醫療機構藥品集中招標採購上，通過藥品集中招標採購，可以有效的遏制採購過程中的歪風；強化了市場競爭機制，減少了流通環節，降低了藥品流通成本；加強藥品質量的控制，可以提高臨床用藥的安全性和有效性；方便了政府對藥品價格的監控，有利於降低虛高藥品價格；推動了藥品生產結構調整、流通環節的改革和加強藥品質量監控；並促進了企業有計劃的組織藥品生產等優點。⁴⁸

中國為推動此一工作，於 2000 年在各省、自治區、直轄市找 2-3 個藥品集中招標採購工作試點，由省級主管部門按本通知有關規定進行嚴格審核，符合條件的納入試點範圍，並按照「中華人民共和國招標投標法」的規定程序進行招標採購藥品。數家醫療機構可聯合組織的藥品招標採購和共同委託招標代理機構組織的藥品招標採購。而就招標採購的範圍而言，凡城鎮職工基本醫療保險（或公費醫療）藥品目錄中的藥品、醫療機構臨床使用量比較大的藥品，原則上實行集中招標採購。⁴⁹

在藥品價格與市場的管理上，中國政府在 2000 年也建立了一套監督管制機制，以防止藥品價格有不正常的變動。其中，全國藥品價格監測工作由國家計委負責統一領導和部署，各省級價格主管部門按照統一要求負責組織本地區的藥品價格監測工作。國家計委委託中國價格信息中心具體承擔全國藥品價格監測系統軟件開發和價格數據收集、傳輸、匯總等工作。省級價格信息機構在省級價格主管部門指導下負責本地區藥品價格信息收集、上報等工作。其做法是國家計委在全國範圍內直接選取部分藥品經營單位作為定點單位。省級價格主管部門在國家計委確定的定點單位外，分別在省會城市、地（市）級城市和縣級城市選取若干家藥品經營單位作為全國藥品價格監測系統的定點單位。原則上，各省要選取不

⁴⁸ 見 2000 年 4 月 24 日所公佈「衛生部關於加強醫療機構藥品集中招標採購試點管理工作的通知」。

⁴⁹ 見 2000 年所公佈衛規財發（2000）232 號文件「關於印發醫療機構藥品集中招標採購試點工作若干規定的通知」。

少於 2 家批發企業、6 家零售藥店、6 家醫療機構作為定點單位。定點單位一經確定，報國家計委備案。定點單位要按照價格主管部門規定的內容、格式和時間等要求，將有關價格信息資料報省級價格主管部門或價格主管部門指定的機構。報送價格監測資料必須經報送單位負責人審核。定點單位要向價格主管部門報送本單位經營的所有藥品的實際購進價格和銷售價格，並在每月 25 日（遇假日順延）前將發生變動的藥品購進和銷售價格報送省級價格主管部門或其指定的價格信息機構。而招標採購藥品的中標價格，由招標經辦機構在下達中標通知書的同時報當地價格主管部門備案。當地價格主管部門在接到備案價格 3 日內將資料報當地省級價格主管部門，並抄報指定的省級價格信息機構。省級價格信息機構要在收到價格監測數據後 5 日內，將原始數據按照規定格式，通過價格信息網絡上報中國價格信息中心。中國價格信息中心在接到各省價格信息機構上報的價格監測資料後要及時進行處理，並錄入全國藥品價格監測數據庫。中國價格信息中心要及時通過網絡向各級價格主管部門反饋藥品價格監測信息。價格信息機構對外提供信息服務時，並須公布定點單位的實際零售價格。⁵⁰其管制機制運作如圖 5-5 所示：

⁵⁰ 見 2000 年 11 月 21 日所公佈計價格(2000)2185 號文件「國家計委關於印發『藥品價格監測辦法』的通知」。

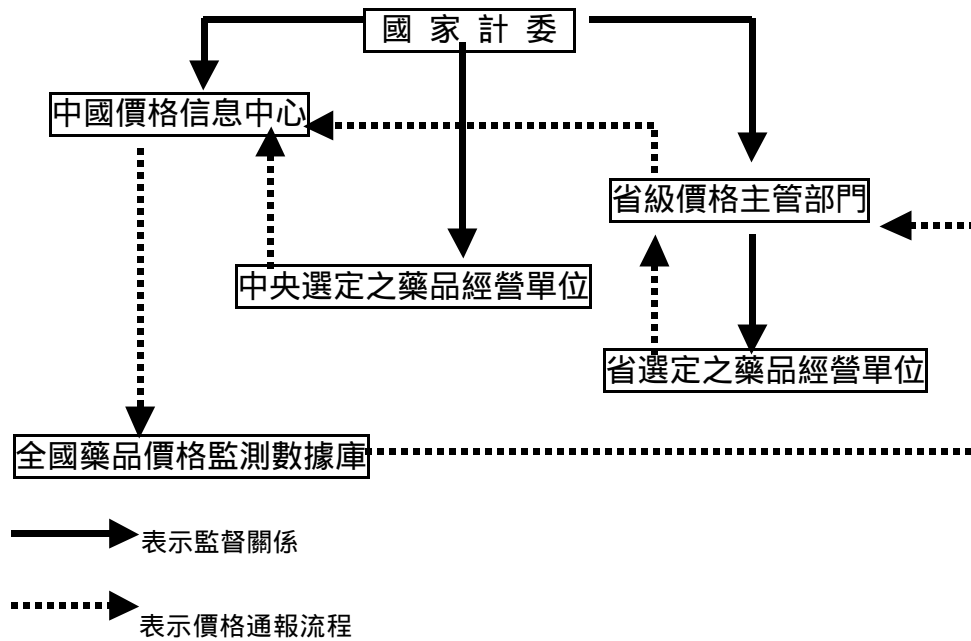


圖 5-5 中國藥品價格監測管制機制圖

(本圖由作者自行整理)

整體而言，中國政府對於醫藥市場的干預情況可以分為下列數個階段：(一) 混亂型；主要是指 1950 年代到 1984 年「藥品管理法」公佈之前。在這個時期，各地方的藥品市場紛亂，不僅國家欠缺管制法令，同時管制機制也不健全，形同無政府狀態；(二) 政府主控型；主要是在 1984 年「藥品管理法」公佈之後到 2000 年 2 月 16 日國務院體改辦、國家計委、國家經貿委、財政部、勞動保障部、衛生部、藥品監管局、中醫藥局聯合發佈「關於城鎮醫藥衛生體制改革的指導意見」之前。在此一時期，國家各級衛生行政機關處於絕對掌控之局面，同時幾乎完全不考慮市場因素。此一時期的最大特色是藥品市場的管制是國家整體衛生政策的一環，因此政策目標是必須最優先考慮的，其他成本與效益的問題幾乎是未見在體制中起任何作用。但是本時期最大的問題也是出現在政府的過度掌控上，由於政府本身管理體制上的「條條塊塊」現象，再加上中央與地方權責不明，也沒有完善的價格通報與管理機制。因此到 1996 年實施基本醫療體制以前，藥品

市場可以說是在價格與市場管理上都陷入了混亂；(三)強政府弱市場型管制。主要是指在進入 2000 年之後的一連串管制措施而言。此一時期的最大特色在於中國建立起藥品的從研發、試驗、生產、品質管制、市場銷售到價格監督一連串完整的管制機制，讓中國的藥品市場的管制進入了成熟期；相對於前期而言，市場機制與因素考量雖然比以往要多，但是仍是處於以中央衛生政策與規劃的前提之下的配合性措施。因此本時期可以算是強政府弱市場型管制。其發展趨勢可見圖 5-6 所示。

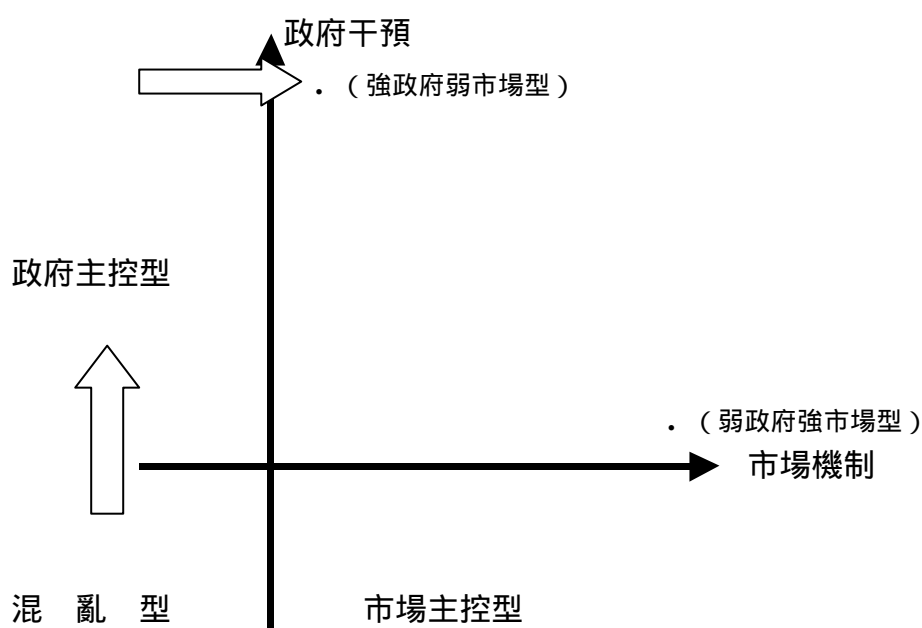


圖 5-6 中國藥品市場管制發展趨勢圖
(本圖由作者自行整理)

就實施成效而言，對於藥品市場的控管的確成功的降低了藥品在醫療費用的整體比重，也就是藥費比重開始下降，檢查治療費比重上升。根據中共內部報告顯示：在 2001 年，縣及縣以上衛生部門綜合醫院門診病人醫療費中，藥費占 57.7%，檢查治療費占 20.1%；與上年比較，藥費比重下降 0.9 個百分點，檢查治療費比重增加 0.5 個百分點。住院病人醫療費用中，藥費占 45.5%，檢查治療費(含手術費,下同)占 31.6%；與上年比較，藥費比重下降 0.6%，檢查治療費比重基本持平。到 2002 年時，衛生部門綜合醫院門診病人醫療費中，藥費占 55.4%，檢查治療費占 28.0%；與上年比較，藥費比重下降 2.3 個

百分點。住院病人醫療費用中，藥費占 44.4%，檢查治療費(含手術費)占 36.7%；與上年比較，藥費比重下降 1.1 個百分點，檢查治療費比重上升 5.5 個百分點。⁵¹因此，作者認為這一連串的措施，的確初步遏止了「以藥養醫」的黑洞繼續惡化之趨勢。

從對藥品的管制過程來說，中國的各級衛生行政部門一直握有絕對性的權力，並且為配合各階段醫療保障政策的實施，藥品政策也會有各種不同階段與型式的管制措施公佈。換句話說，充其量藥品政策只是國家整體醫療政策的一環，其本身不僅不具備獨立性。其目的是在於能夠一方面完成國家醫療保障政策性目標，另一方面則是期望能經由對藥品的管制措施降低對醫療成本的支出。至於市場競爭機制的引進，一方面由於市場機制的不完備而極其薄弱；另外就政策面來說也不過是屬於降低醫療成本的附屬性工具，本身並不具有獨立性與主導性。

再由治理的角度來說，中國政府在醫藥市場上的整頓與管理，可以說是將市場制度化的表現。一個運作成熟或是制度化的市場，不僅在進入市場的門檻上規範明確，對於品質也有一定程度的管制。更重要的是，中國政府在 2000 年後建立市場價格管理機制的目標，就是希望能做到價格或是資訊透明化。因此，中國政府對醫藥市場的管理與整頓，可以說是將醫藥市場由市場失靈拉回到市場化的過程。

其次，在整個醫藥市場的管理上，地方政府與中央政府各司其職，分權的色彩濃厚。就善治的角度來說，中國在醫藥市場上的管理措施，目的就是在於維持一定程度的交易安全與水準。但是由於中央政府在藥政管理權責上的條條塊塊現象，使得這樣的作法能有多少成效，令作者頗為好奇。雖然藥政管理部門的官員再三強調成果豐碩，但是也同時承認內部問題頗多，致使成效大打折扣。這些問

⁵¹ 見 2002 年 4 月 26 日所公佈之「2001 年全國衛生事業發展 2003 年 6 月 23 日所公佈之「2002 年全國衛生事業發展情統
<http://www.moh.gov.cn/tjxxzx/cgwstjsjyfx/cgwstjsj/200204260019.htm>與
<http://www.moh.gov.cn/tjxxzx/tjsi/tjgb/1200305260048.htm>。

題包括了工作力度不夠、信息通報不及時等現象。⁵²這些現象的存在無疑的說明了治理機制雖然已經初步建立，但是在實施成效上仍有相當進步的空間。

第三節 中國對於醫院的管理

3-1 醫療改革前中國對醫院的管理

中國的公立醫院由於屬於國家事業單位，負有衛生預防、醫學教育與科學管理之責任。⁵³在 1949 年建國之初，中國對公立醫院的財政補助是採取「通收統支」的做法，也就是醫院收入全部上繳財政國庫，醫院所有支出由財政撥款，醫院全部收入納入財政預算管理。到 1955 年改為「全額管理、差額補助」，即將醫院財務全部納入預算管理，財政部門按照醫院的差額給予補助，醫院年終結餘全部上繳。1960 年 2 月衛生部與財政部聯合發佈「關於醫院工作人員的工資全部由國家預算開支的聯合通知」（即簡稱包工資），即由「全額管理、差額補助」改為「全額管理、定向補助、預算包幹」的做法。

1980 年代以前的中國各級醫院的管理機關，主要是在中央的衛生部與財政部。其中衛生部主要是負責醫療業務與政策的推動；財政部則主要是負責相關預算與費用的支出。因此就監督權責而言，財政部主要是透過財政監督對各級醫院進行監督，衛生部則主要是透過行政監督的方式進行業務監督。從政治與行政的角度來說，各級醫院形同中央政府在地方派駐的機關。

從某一個角度來說，既然 1980 年代以前的中國各級醫院的主要任務是執行政府的醫療政策，同時在各級政府所編列的預算中取得經費，因此各級醫院形同官僚機構或是政府部門。（國務院研究室課題組，1996:66-67）但是在管理上卻並未因此而顯得權責清晰，反而是形成「條條塊塊」的各自為政。其原因就是在於醫院與醫療單位不僅存在於各城市，同時在各單位或是工廠也多附設有自己的醫院或是診所，因此在管理的過程中極為混亂，制度上也未見統一。另外，管理上

⁵² 見 2002 年 8 月衛生部整頓辦主任趙同剛在全國衛生廳局整頓工作會議上的講話。資料來源：<http://www.moh.gov.cn/fzyid/wsbzdghfscjjzgz/1200208190006.htm>。

⁵³ 見 1982 年 1 月 12 日所公佈「全國醫院工作條例」第一章總則之規定。

的「條條塊塊」最直接的影響就是對於醫院內部的用藥與經費的申報浮濫無法有效管理，以致造成許多醫療資源不必要的開支與浪費。為了遏止醫院經費的惡性成長，並且防止拖垮各級政府的財政，中國政府乃在 1979 年由衛生部、財政部與國家勞動總局等單位對於醫院如何進行「經濟管理」首度做出了指示，要求實施並落實「定額管理制度」，⁵⁴以將醫院經費與地方政府的預算適度脫鉤。

隨後，衛生部在全國 25 個省、市、自治區的 676 個醫院進行試點。對於醫院可以實施「五定」，即定任務、定床位、定編制、定業務技術指標、定經費補助。制定各項有關的定額標準、規章制度，建立各種崗位責任制與其他科學管理制度。國家或是衛生行政部門對醫院的經費補助則是實行「全額管理、定額補助、結餘留用」的制度，⁵⁵在財務管理上也明定必須以季度會計報表與預決算的方式進行，並設置獨立的會計機構進行財務監督。⁵⁶這充分顯示了醫院屬於國家官僚機關的特質，以及要求在有限資源內節流的特性。在 1980 年時則針對縣醫院進行整頓，企圖建立基層醫療網絡，⁵⁷雖然要求明定在 1985 年之前完成，但受限於各地區經濟發展條件不一，許多地區仍未在進度要求時間內達成預定目標。

到 1983 年底為止，全國醫療機構雖然已經發展到 196,000 個，病床也有 2,210,000 張，專業衛生人員雖然也有 4,090,000 人但是平均每千人口卻只有 2.07 張病床，醫生平均每千人只有 1.33 人，足見醫療資源仍感匱乏。中國衛生部門乃在 1985 年開始推動全民所有制醫院，並且鼓勵公營企業與其他部門建立本身所屬的醫療機構，對於私人個體開業也予以積極鼓勵。對於醫院的補助，除醫療設備的大修理與高金額的設備購置外，採取定額包幹的制度。⁵⁸也就是一方面提

⁵⁴ 所謂「定額管理制度」就是指政府對於醫院預算往後總金額不再增加，醫院管理階層僅能就此一固定數額進行有效的管理與運用，其最大的優點就是地方政府的財政預算自此與醫院預算的增長問題適度脫鉤。

⁵⁵ 見 1979 年 4 月 28 日「衛生部、財政部、國家勞動總局關於加強醫院經濟管理試點工作的意見」與 1979 年 11 月 5 日「衛生部、財政部、國家勞動總局關於加強醫院經濟管理試點工作的補充通知」之規定。

⁵⁶ 見 1979 年 6 月 22 日「衛生部關於加強直屬及雙重領導事業單位財務管理工作的試行辦法」。

⁵⁷ 見 1980 年 10 月 23 日所公佈「衛生部關於當前加強縣醫院工作的幾點意見」之相關規定。

⁵⁸ 所謂「定額包幹」就是指國家對於醫院的經費支出限定在一定的額度之內，但是醫院對於國家所賦予的醫療保障任務與工作卻是必須概括承受。見 1988 年 5 月 28 日「衛生部關於部屬醫院試行承包責任制的意見（試行）」之規定。

高院長管理與經費分配的權責，另一方面也可以適度遏止醫療經費預算的過度成長。⁵⁹

整體來說，在 1980 年代以前對於醫院的改革，主要重點是在於建立管理制度；在成本的節約上則是採用定額包幹以及與預算脫鉤等消極的做法，在醫院內部的組織架構與人事結構的調整上，並無太多積極性的作為。這些較積極性的改革措施，必須等到進入 1980 年代以後醫院開始以成本效益的觀點進行管理與改革後，方可見之。

作者認為，1980 年代中國政府對於各醫院要求在財政上與地方政府脫鉤預算的做法，其實只是一連串醫療改革的步驟之一。⁶⁰從財政的管理上而言，各地方政府在預算上的脫鉤，一方面是為了減輕財政上的負擔，同時也希望醫院內部能加強自我管理以節約醫療資源的支出。但是可惜由於做法不夠具體，因此效果並不明顯。其次，醫療資源的浪費原因很多，包括以藥養醫，浮濫開藥等，再加上各醫院間缺乏相互競爭機制，以致各家醫院都是在獨占或是寡占市場中孳生利益。因此，僅從片面的定額包幹或是預算脫鉤的辦法，實在是難以解決醫療資源浪費的問題。

其次，管理上的「條條塊塊」致使各級主管機關對醫院的管理成效極為有限。此外，對於醫院內部的用藥與經費的申報浮濫的問題無法有效解決，等於也是宣告了 1980 年代以前對醫院管理措施改革的失敗。

3-2 醫療改革後對醫院的影響

由於 1980 年代初期醫療改革的作為主要是針對降低不必要的開支而來，因此在部份醫療院所，仍有濫開不必要的大處方的情形便成為首要解決的問題。由於濫開大處方致使醫療資源浪費情形仍然嚴重，衛生部雖然三令五申要求貫徹責

⁵⁹ 見 1985 年 4 月 25 日「國務院批轉衛生部關於衛生工作若干政策問題報告的通知」與 1987 年 2 月 14 日衛生部與國家中醫管理局聯合發佈的「七五時期衛生改革提要」之規定。

⁶⁰ 中國政府在 1980 年代起就開始進行一連串的醫療經費節約措施。不僅將醫院經費與地方政府預算脫鉤，同時還將公費醫療費用自衛生事業預算中劃出，單獨列一個項目。見 1979 年 8 月 2 日（78）財事字第 156 號「財政部、衛生部關於整頓和加強公費醫療管理工作的通知」第二項之規定。詳細內容見第 4 章第 2 節之相關論述。

任制，同時要求醫護人員不得浪費醫療資源，⁶¹但是由於一方面醫院仍屬與獨占或是寡占市場，再加上無具體方法或是原則過於空泛，因此成效仍然相當有限。⁶²在 1981 年時衛生部再次要求各級醫院實施「經濟管理」，⁶³除承襲原先 1979 年「五定」的要求外，最大的特色就是在於將「全額管理、定額補助、結餘留用」的制度有了具體的落實辦法。到了 1988 年財政部與衛生部發佈了「醫院財務管理辦法」，並要求醫院設置專職專業的財會人員進行帳務把關，並要求強烈貫徹國家所實施「全額管理，差額（定額、定項）補助，超支不補，結餘留用」的預算管理辦法，同時明定預算編制類目⁶⁴與監督懲處辦法，這一切才算是有了基本的要求標準。

大致來說，1988 年所公佈的「醫院財務管理辦法」與「醫院會計制度」可以說是各級醫院管理體制改革的分水嶺。「醫院財務管理辦法」不僅確立了醫院是獨立的經濟核算單位的體質外，同時確立了醫院財務管理的範圍。⁶⁵醫院財務管理實行「統一領導、分級負責、歸口管理」的原則，並實行總會計師責任制與設立獨立的財務會計機構。醫院財務管理必須接受財政、審計等有關部門的指導和監督。在預算管理上，由於醫院是差額預算管理單位，因此國家對醫院實行「全額管理，差額（定額、定項）補助，超支不補，結餘留用」的預算管理辦法。醫院的各項收支均納入預算內管理。⁶⁶當醫院資金不足時，醫院的各項周轉金也可以由衛生、財政部門根據醫療業務活動的正常拓展要予以核定。除新建擴建醫院由財政部門核撥外，醫院周轉金不足的，首先由事業發展基金中補充，確有困難的，由財政、衛生主管部門逐年撥給。⁶⁷

⁶¹ 例如 1983 年 7 月 19 日（83）衛辦字第 84 號「衛生部關於注意制止醫療機構濫開大處方等不良傾向的通知」與 1984 年 4 月 28 日（84）衛計字第 85 號「衛生部、財政部關於進一步加強公費管理的通知」都是明證。

⁶² 就 1982 年的資料顯示，全國每人每年平均公費醫療開支將近 50 元，全國超支 3.7 億元，負擔相當沉重。資料來源見 1984 年（84）衛計字第 85 號「衛生部、財政部關於進一步加強公費管理的通知」。

⁶³ 見 1981 年 3 月 18 日所公佈「醫院經濟管理暫行辦法（修改稿）」之內容規定。

⁶⁴ 見 1988 年 2 月 2 日衛生部與財政部發佈「醫院會計制度（試行）」的相關規定。

⁶⁵ 其內容包括了預算管理，收入管理、支出管理、財產物資管理、貨幣資金管理等，以及財務分析和監督檢查。見 1988 年 2 月 2 日衛生部與財政部發佈「醫院財務管理辦法」第 4 條的相關規定。

⁶⁶ 同第 64 註第 16 條之規定。

⁶⁷ 同上註第 49 條之規定。

然而規範與標準雖然出來，但是審批不嚴，醫療機構設置名實不符，管理混亂以及利用不正當手段謀取非法收入等問題仍然十分嚴重。因此中國政府在管理的權責上也開始思考將權力下放。有鑑於過去的管理時常是由中央政府一條鞭式的管理，因此時常有鞭長莫及之憾。而為落實各級政府有效的管理，在 1989 年中國政府更將醫院分成三級管理，並下放管理權限，由相應級別的衛生行政部門審定批准，以健全三級的醫療保健體系。各級醫院的審批權如下：三級特等醫院，由衛生部審批；二、三級甲、乙、丙等醫院由省、自治區、直轄市衛生廳（局）審批；一級甲、乙、丙等醫院由地（市）衛生局審批。⁶⁸這樣的改變等於是將過去管理上「條條塊塊」的現象，轉成了由各級政府「條條」管理的情況，在管理權責上較以往清晰許多。同時，各級政府對轄區內醫院情況較中央政府更為清楚，因此在管理的成效上較以往有了大幅度的改善。

綜合而言，在 1990 年代以前中國政府對於醫院的監督主要是來自下面幾方面：一、財政監督：主要是由財政部透過會計與審計的相關法規之規定，編列預算與監督預算的執行。⁶⁹二、行政監督：主要是衛生部透過對醫院營業許可證的核發，以及各級衛生行政部門對醫院的業務內容進行適當性與適法性的行政監督。三、政治監督：主要是透過在醫院內的黨委書記與黨部組織負責，主要是在於思想的監督與審查醫院是否落實黨的政策。因此在此一時期以前，中國的醫院形同國家官僚機關的一部份，同時受到行政、財政與政治三方面的監督。醫院最主要的工作，在於執行國家的衛生（例如防疫政策）與醫療保障政策。

若是以管理的角度來看，1990 年代以前對醫院的管理措施，整體上仍是停留在讓各級醫院各自為政與定額包幹的思路，並沒有見到引進所謂「市場機制」或是「管理主義」的措施，因此是屬於一種單純由上對下式的「行政行為」。這

⁶⁸ 見 1989 年 11 月 29 日所公佈「醫院分級管理辦法（試行）」，該辦法一直實行到 1998 年 4 月 13 日根據衛生部發布『衛生部門規章廢止目錄』後才廢止。

⁶⁹ 見 1986 年 12 月 5 日衛生部發佈「衛生部關於本部審計處工作職權的暫行規定」；1988 年 2 月 2 日衛生部與財政部發佈「醫院財務管理辦法」、「醫院會計制度（試行）」與 1989 年 10 月 31 日所公佈「衛生系統內部審計工作規定」的相關規定。

樣的「行政作為」雖然某種程度減輕了國家財政上的壓力，但是由於醫院屬於獨占或是寡占的情況並無改變，由於醫院內部欠缺有效的刺激誘因，所以對於整體醫療資源的有效運用，並無太大助益。因此在此一時期，完全看不到所謂良善治理機制的建立。

第三，在整個 1980 年代醫院管理上，中國開始思考權責下放的問題。因此 1980 年代前期與後期在中央與地方的權力分配上有著很大不同的風貌：1980 年代以前是屬於典型的中央集權體制；1980 年代後期則屬與中央與地方分權的體制。

3-3 城鎮職工基本醫療保險的實施對醫院的改變

由於城鎮職工基本醫療保險的實施，使得統籌地區內的各醫療機構必須納入定點醫療機構的範圍，方能參與之。而要納入定點醫療機構則必須先經統籌地區勞動保障部門的審查，並經社會保險經辦機構確定者，方能納入之。⁷⁰在 1998 年衛生部開始針對醫療機構的種種問題做出了整頓，並且對各社會團體、民主黨派、大專院校、機關、部隊、企事業單位、集體組織或是個人自籌資金所舉辦的各類醫院、療養院、門診部、診所等各類醫療機構進行重新註冊登記、再審查與核發許可證的工作。該法令規定由縣市以上各級政府的衛生行政主管機關負責監督與管理該工作的進行，並明令在一年內完成。⁷¹並且規定六大類項並經衛生行政部門批准取得「醫療機構執業許可證」的醫療機構，以及經軍隊主管部門批准有資格開展對外服務的軍隊醫療機構，方可以提供本身資料⁷²申請定點資格。⁷³勞

⁷⁰ 見 1999 年 5 月 11 日勞動和社會保障部、衛生部、國家中醫藥管理局關於印發「城鎮職工基本醫療保險定點醫療機構管理暫行辦法」第 2 條之規定。

⁷¹ 見 1998 年 4 月 13 日所公佈「衛生部關於清理整頓醫療機構若干問題的規定」。

⁷² 同前 70 註第 6 條之規定。

⁷³ 這六大類項分別是（一）綜合醫院、中醫醫院、中西醫結合醫院、民族醫醫院、專科醫院；（二）中心衛生院、鄉鎮衛生院、街道衛生院、婦幼保健院所；（三）綜合門診部、專科門診部、中醫門診部、中西醫結合門診部、民族醫門診部；（四）診所、中醫診所、民族醫診所、衛生所、醫務室；（五）專科及病防治院（所）；（六）經地級以上衛生行政部門批准設置的社區衛生服務機

動保障行政部門則根據醫療機構申請與所提供的各項資料進行審查。審查合格的發給定點醫療機構資格證書，並向社會公佈，提供參保人員選擇。而參保人員在獲得定點資格的醫療機構範圍內，提出個人就醫的定點醫療機構選擇意向，並由所在單位匯總後，統一報送統籌地區社會保險經辦機構。社會保險經辦機構根據參保人的選擇意向統籌確定定點醫療機構，參保人員一般可以選擇 3 到 5 家不同層次的醫療機構，其中至少應包括 1 到 2 家基層醫療機構（包括一級醫院以及各類衛生院、門診部、診所、衛生所、醫務室和社區衛生服務機構）。有管理能力的地區，則可以擴大參保人員選擇定點醫療機構的數量。同時參保人員對於選定之定點醫療機構，也可在一年後提出更改的要求並向統籌地區的社會保險經辦機構辦理變更手續。⁷⁴到了 2000 年更引進允許了病人選擇醫生的制度，並把病人選擇醫生的結果納入考核，⁷⁵其結果更是促進了醫院內部醫療人員間的競爭。到 2003 年時甚至要求各醫院簽定「城鎮職工基本醫療保險定點醫療機構協定」，⁷⁶也就是說將國家機關與醫院的關係，由原先的上下隸屬關係轉成為「公法契約」關係。

從上述歷史發展過程來看，傳統的醫院角色已經開始有了新的變化。首先，就是患者開始對醫院有選擇權，這代表了醫院開始必須朝向顧客導向發展。醫院除了原先為了執行國家政策的官僚機構性質以外，還必須有所謂「市場經濟」的服務與競爭性格，否則非常可能會因被病人給摒棄而造成營運不佳的窘境；另外，就醫病關係來說，選擇權的發生也代表了醫院與病人的關係已經不復有過去上對下的絕對關係，而轉換成為較為平等的「準契約關係」。而在診療時病人可以選擇醫生的做法，更是徹底顛覆了過去傳統的醫病關係，將病人由過去的毫無選擇權的位置，提升到市場機制中類似提供者（provider）與購買者（purchaser）

構。同上註第 4 條之規定。

⁷⁴ 同上註第 7、8、9、10、11 條之規定。

⁷⁵ 見 2000 年 7 月 18 日所公佈之衛醫發(2000)234 號文件「關於實行病人選擇醫生促進醫療機構內部改革的意見」之規定。

⁷⁶ 見 2003 年 5 月 14 日所公佈之勞社廳函〔2003〕258 號文件「關於完善城鎮職工基本醫療保險定點醫療機構協定管理的通知」。

的廠商與顧客關係。這些醫病關係的劇烈震盪帶給醫院最直接的衝擊，莫過於醫院本身管理體制與運行機制的改革。

其次，基本醫療的推動使得各級醫院在管理權責上也有所轉換。在 1980 年代初期醫院的主管部門還是中央的衛生部與財政部；1980 年代中其之後就變成中央的衛生部與財政部與地方的衛生廳（局）分權管理的情況；到了 1990 年代後期為了有效推動基本醫療保險與醫療費用償還機制，醫院的管理機關又增加了勞動保障部門與社會保險經辦機構。此時中央與各地方政府的衛生當局在基本醫療體制上反而退居第二線，僅在政策方向等大原則上進行指引與規範，在實際執行面與管理上的權責，則是由勞動保障部門與社會保險經辦機構加以負責。在兩者之間的關係上，自 2003 年後也開始由原先的上下隸屬監督關係，轉換成為「公法契約」關係。也就是說，雙方在各自範圍內負擔本身之權利與義務，地位較以往要平行。

第三、就是在各級醫院管理上的「條條塊塊」現象算是得到徹底的整頓。過去各工廠單位都可以自辦醫院或診所，因此管理上極為不便，也造成許多混亂與腐敗。1989 年的三級分級管理僅能算是初步打破了「條條塊塊」現象，1998 年衛生部要求對各級醫療機構的重登記，除了落實了三級分級管理外，也更充分整頓了醫院管理上的「條條塊塊」現象。

3-4 基本醫療保險實施後對醫院內部管理機制的改變

一如前述，基本醫療保險實施後對醫院衝擊最大的，莫過於改變公立醫療機關運行機制、醫藥分開和分類管理、實施對醫院收支兩條線管理與調整醫療服務價格等諸項。⁷⁷首先在改變公立醫院的運行機制而言，主要是擴大並建立公立醫療機構的營運管理自主權，建立內部的激勵機制與約束機制。除採用公開競爭、

⁷⁷ 見 2000 年 2 月 16 日國務院體改辦、國家計委、國家經貿委、財政部、勞動保障部、衛生部、藥品監管局、中醫藥局聯合發佈之「關於城鎮醫藥衛生體制改革的指導意見」。

擇優聘任的方式選擇院長外，並且實施院長目標責任制，並建立以崗位責任制為目標的各項規章制度。

首先，就醫藥分開核算與分別管理而言，其目的是在於促進醫院合理用藥與收入結構的調整，完善補償機制，並降低藥品在醫院中收入的比重，⁷⁸以解決掉醫院以藥養醫的弊端。其最主要的做法就是醫療機構嚴格執行「醫院財務制度」與「醫院會計制度」對醫療收支與藥品收支分開核算的要求，其中醫療機構的藥品收入，是以實行「核定收入、超收上繳」的原則進行管理。其辦法就是地方衛生行政部門會同同級財政部門以省轄市（地區）為單位（其中直轄市由市直接核定），確定醫療機構藥品收入的增長幅度並核定當年藥品收入之總額，醫療機構年度藥品收入總額超過核定收入總額的部份，要全部上繳當地衛生行政部門，同時各級醫院不得以任何理由拒絕之。而衛生行政部門所集中的藥品超收入，全部納入社會保障基金財政專戶，實施收支兩條線管理，不得坐支。其資金主要用於預防保健、農村衛生與城市社區衛生等工作。⁷⁹在 2000 年則又實施醫院藥品「收支兩條線管理」的辦法，更是明定要將醫院藥品收入扣除藥品支出後的純收入（及藥品收支結餘）進行兩條線管理。醫院藥品收支結餘上繳衛生行政部門，統一繳存財政社會保障基金專戶，經考核後，統籌安排合理返還。而衛生行政部門集中的藥品收支結餘資金，主要用在彌補醫院的醫療成本與發展建設之用，當然也可根據需要用於預防保健與城市社區衛生等工作。⁸⁰

第三、在調整醫療服務價格方面，不僅區分營利性醫療機構與非營利性醫療機構，並給予各自不同的賦稅標準外。並且明定非營利性醫療機構必須按照國家所規定的價格進行醫療服務的收費，否則將不予免稅。⁸¹同時對於非營利醫療機構的收入也實行總量控制，結構調整。在總量控制內調整不合理的醫療服務價

⁷⁸ 見 1999 年 11 月 15 日衛規財發（1999）552 號文件衛生部、財政部「關於印發『醫療機構“醫藥分開核算分別管理“暫行辦法』的通知」。

⁷⁹ 同上註。

⁸⁰ 見 2000 年 7 月 8 日衛規財發（2000）229 號文件「關於印發醫院藥品收支兩條線管理暫行辦法的通知」而原先所實施的『醫療機構“醫藥分開核算分別管理“暫行辦法』則於同年 7 月 1 日廢止。

⁸¹ 見財稅字（2000）42 號文件「關於醫療衛生機構有關稅收政策的通知」。

格，以體現醫務人員的服務價值。並且利用拉高不同級別醫療機構的醫療服務價格的做法，一方面加大患者的選擇空間，另一方面也達到患者合理分流之目標。另外為了促進醫療機構間的競爭與進步，在 2000 年則下放了醫療服務價格的管理權限到省級的機關，以增加醫療機構能及時因應價格變化的彈性。⁸²

因此整體說來，在 1996 年之後各地推動基本醫療保險，對於醫院內部管理產生最大的變化，就是在於管理的制度化與部分刺激誘因的選擇使用。在刺激誘因的選擇使用上，僅實施國家賦稅的不同區分標準，而其他的誘因則是付之闕如。由於醫院也是屬於服務事業之一種，雖然在制度上要求經濟管理，但是由於中國的醫療職能範圍屬於寡占市場，欠缺外在的競爭刺激，因此會使得內部管理改革成效極為有限。至於在醫院的體質上，既然部分醫院開始以營利為目的，則其性質也就開始由事業單位轉型為營利單位。

作者認為，這些管理的制度化與部分刺激誘因的選擇使用可以說是治理機制的初步建立。由於過去醫院內部形同國家官僚機構，因此所有官僚機構有的問題醫院幾乎也都存在。在基本醫療體制建立後的一連串醫院內部改革措施，總體來說就是在於管理主義精神的引進，以及準契約關係的建立。這樣的機制的進入使得醫院開始產生了管理上的變化，甚至在效率與效能上也有所提昇。但這並表示沒有改善的空間，由於醫院仍屬於寡占市場，因此外部的刺激性幾乎無法引進。這樣的結果，使得醫院內部所進行管理主義的改革成效打了一定程度的折扣。

3-5 醫院設立之管制措施

雖然醫院在體質上是屬於事業單位，但從另一個角度來看，過去由於醫療機構都是國家或是單位所辦，並且執行國家醫藥衛生政策，因此形同國家官僚機關

⁸² 國家計委與衛生部只負責制定國家醫療服務價格的方針政策、作價原則、規範醫療服務的價格項目名稱與服務內容、制定醫療服務的成本測算方法；省級價格主管機關會同同級衛生部門按照國家醫療服務價格的方針政策、作價原則制定與調整本轄區非營利醫療機關的醫療服務指導價格；而省級價格主管部門會同同級衛生部門也可以制定與調節主要醫療服務的指導價格，其他醫療服務指導價格由地、市級價格主管部門會同同級衛生部門制定與調整。見 2000 年計價格(2000)962 號文件「國家計委、衛生部印發關於改革醫療服務價格管理意見的通知」。

的下屬機關。從某個角度來說，除了少數個人診所以外，幾乎所有的醫院都是公立醫院。但是隨著改革開放的腳步，中國政府也逐漸開放營利型與中外合資的醫院的設立，加入醫療市場。在 2000 年時開放中外合資、合作醫療機構是指外國醫療機構、公司、企業和其他經濟組織經中國政府主管部門批准，在中國境內與中國的醫療機構、公司、企業和其他經濟組織以合資或者合作形式設立的醫療機構。⁸³

中外合資或合作醫療機構除必須遵守國家有關法律、法規和規章外，衛生部和對外貿易經濟合作部（以下稱外經貿部）在各自的職責範圍內負責全國中外合資、合作醫療機構管理工作。縣級以上地方人民政府衛生行政部門（含中醫藥主管部門）和對外經貿行政部門在各自職責範圍內負責本行政區域內中外合資、合作醫療機構的日常監督管理工作。⁸⁴

另外，在中外合資的醫療機構設置上，中國政府也做了種種的條件限制與管制措施。除了必須符合當地區域衛生規劃和醫療機構設置規劃，同時還要執行衛生部制定的「醫療機構基本標準」。⁸⁵足見在中國政府的眼中，中外合資醫療機構的設置除了本身醫療職能範圍因素的考量外，更重要的是能配合整體區域的衛生規劃。例如中國政府在中外合資、合作醫療機構上就設置了極為嚴格的條件，⁸⁶去防止國內外財團佔領醫療職能範圍的大餅。

由於參加合資或合作中方是以國有資產參與投資（包括作價出資或作為合作條件），因此應經過相應主管部門批准，並按國有資產評估管理有關規定，由國有資產管理部門確認的評估機構對擬投入國有資產進行評估。而經省級以上國

⁸³ 見 2000 年 5 月 15 日由衛生部、對外貿易經濟合作部第 11 號令「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」第 2 條之相關規定。

⁸⁴ 同上註第 5 條之規定。

⁸⁵ 同上註第 6 條之規定。

⁸⁶ （一）必須是獨立的法人；（二）投資總額不得低於兩千萬人民幣；（三）合資、合作中方在中外合資、合作醫療機構中所佔的股權比例或權益不得低於 30%；（四）合資、合作期限不超過 20 年；（五）省級以上衛生行政部門規定的其它條件。同上註第 8 條之規定。

有資產管理部門確認的評估結果，作為擬投入的國有資產的作價依據。⁸⁷在設置中外合資、合作醫療機構申請程序上，應先向所在地設區的市級衛生行政部門提出申請，並提交材料，⁸⁸設區的市級衛生行政部門必須對申請人提交的材料進行初審，並根據區域衛生規劃和醫療機構設置規劃提出初審意見，並與申請材料、當地區域衛生規劃和醫療機構設置規劃一起報所在地省級衛生行政部門審核。省級衛生行政部門對申請材料及設區的市級衛生行政部門初審意見進行審核後報衛生部審批。衛生部應當自受理之日起 45 個工作日內，作出批准或者不批准的書面決定。獲得批准設立的中外合資、合作醫療機構，應自收到外經貿部頒發的「外商投資企業批准證書」之日起一個月內，憑此證書到國家工商管理部門辦理註冊登記手續。獲准設立的中外合資、合作醫療機構，應當按「醫療機構管理條例」和「醫療機構管理條例實施細則」關於醫療機構執業登記所規定的程序和要求，向所在地省級衛生行政部門規定的衛生行政部門申請執業登記，領取「醫療機構執業許可証」。⁸⁹

因此我們由整個中外合資醫院設立的管制流程來看，中央層級的衛生部握有最後決定之權責，省級衛生行政部門的著眼點則是在是否符合區域衛生的規劃，縣以上地方各級衛生行政部門負責本行政區域內中外合資、合作醫療機構的日常監督管理工作。除了各級的衛生行政部門以外，國家工商管理部門還負有營利事業單位的行政監督權責。

由於私人營利性醫院與中外合資醫院所占中國醫院比率極低，同時又僅限於較為開放的大城市中，再加上收費昂貴與檔次又高，因此難謂對中國為數眾多的公立醫院產生巨大的衝擊。由於就醫院來說仍是處於形同寡占的局面，因此並不會因為病人擁有醫院或是醫生的選擇權就產生醫院彼此間強烈的競爭關係。除非

⁸⁷ 同上註第 9 條之規定。

⁸⁸ 同上註第 10 條之規定。

⁸⁹ 同上註第 10 條到第 17 條之規定。

中國全面開放私人營利性醫院設立的管制，否則這個現象的改變並不會有太大的改變。

總體來說，中國政府對於醫院財務制度的管理主要分成兩個時期，在 1988 年「醫院財務管理辦法」與「醫院會計制度」公佈實施之前，中國的醫院財務可以說是無制度時期，由於所有的開支都由預算負擔，因此在管理上弊端叢生。1988 年之後到 2000 年以後實施醫院醫藥分開核算與藥品收支兩條線管理前，則又是另一個階段。在此一時期最嚴重的問題就是以藥養醫，藥費的不正當收益形成醫院管理的一個大黑洞，甚至是滋生腐敗。同時醫院由於醫院用藥浮濫問題的嚴重性，也造成了藥政管理的大缺口。因此這迫使中國政府在 2000 年起一方面採取了醫療機構藥品集中招標採購⁹⁰與建立監測藥品市場價格機制⁹¹等兩大機制；另一方面從醫院內部採取醫藥分開核算與藥品收支兩條線管理的做法，企圖雙管齊下去解決醫院的用藥問題。然而由於目前尚屬於初步實施，因此成效不得而知。

另外，在醫院的體質上也有著劇烈的變化。首先是在 1980 年代以前的醫院是屬於國家事業單位，但在實施定額包幹與經濟管理等措施後，醫院的財政開始與政府有限脫鉤。從政府與衛生行政部門的角度來說，是處於財政負擔減輕但監督權責仍在的局面；但是從醫院的角度來說，則變成必須自負盈虧但是仍受管制的局面。而醫院方面為了解決賠本的問題，只有朝向病人與醫藥兩方面著手。在病人方面則是造成了不必要的檢查大量增加，致使醫療經費開支遽增，這終於迫使中國政府對於自費藥品的範圍，在 1974 年、⁹²1977 年等多次修訂，⁹³到了 1981

⁹⁰ 見 2000 年 4 月 24 日所公佈「衛生部關於加強醫療機構藥品集中招標採購試點管理工作的通知」。

⁹¹ 見 2000 年 11 月 21 日所公佈計價格(2000)2185 號文件「國家計委關於印發『藥品價格監測辦法』的通知」。

⁹² 見 1974 年 7 月 20 日(74)衛計字第 545 號、(74)財事字第 132 號「衛生部、財政部關於檢發享受公費醫療人員自費藥品範圍(試行)的聯合通知」。其中明定了十大類共一百餘種名貴藥品除用於搶救重病病人與治療公傷人員之外，均必須自費辦理。

⁹³ 見 1977 年 10 月 18 日 77 衛計字 637 號文件「衛生部、財政部、國家勞動總局關於檢發『享受公費醫療、勞保醫療人員自費藥品範圍的規定』的通知」。其中明定了人參、鹿茸等一百餘種珍貴藥材補品，必須自費報銷。但是對於職工從事有毒有害的特殊工種，直接引起之疾病，所需

年開始研擬兩套收費標準與個人掛鉤制度，這一切的目的都是為了舒緩醫院的賠本問題，⁹⁴但是成效仍然十分有限。在醫藥上仍然是透過藥養醫的手法平衡醫院收入，這不僅加速了各項醫療經費的成長與國家的負擔，同時也間接促成了 1990 年代的醫療改革的發生。

在實施基本醫療後的醫病關係又是一變。基本上在基本醫療實施後的醫院，由於病患對醫院醫生與醫院擁有選擇權，因此醫院較以往更具有競爭性格。同時由於醫病關係也比較像是市場機制中的廠商與顧客關係，因此醫院在此一時期國家官僚機關的色彩較以往為淡。但是私人營利性醫院所扮演的刺激誘因與角色仍然十分有限，其原因是在於中國的私人營利性醫院設置與管理仍是受到國家衛生行政機關層層管制，同時再加上各地區的私人營利醫院的數量仍是十分有限，並且還要能配合中國的區域衛生規劃政策。因此中國的醫院形同寡占市場下的廠商，目前尚難形成所謂的市場競爭機制。作者認為目前因為醫院之間的競爭相當有限，因此很難由外部因素促進對醫院內部的管理改革。所以目前中國的公立醫院的管理僅能稱為已經開始制度化，但是距離西方企業化的經營與效率管理仍有相當的距離。這在廈門個案中會有實際的觀察與探討。

第三，就是在醫院的管理機關的權責上，有兩個現象也頗值得重視：第一、就是管理權責由中央向地方傾斜，到 1990 年代後期實施基本醫療以後，即使是由中央衛生部門主管的三級醫院，在基本醫療保障的事務上仍然是受到地方的勞動保障部門與社會保險經辦機構的極大影響。因此作者認為在實施了基本醫療之後，醫院的管理權責是正式進入了地方分權時期。第二則是管理機關與型式愈來愈多元化，甚至連「公法契約」也引進其中。

藥品費用報銷問題，請各省、市、自治區酌定。換言之，在職工職業病部份的用藥經費報銷的許可權限，在 1977 年已經下放到省級機關。

⁹⁴ 見 1981 年 2 月 27 日的國發（1981）25 號「國務院批轉衛生部『關於解決醫院賠本問題的報告』」。其方式是實施按不包括工資的成本收費，門診掛號費職工個人除按現行標準繳交外，超過部份則由公費醫療與勞保醫療報銷，對於城鎮居民與農民的收費標準則不變。

醫院的主管機關本來僅是財政部與衛生部；1980 年代後期則成為中央與地方分權，主管機關增加了地方的衛生行政部門；到 1990 年代後期實施基本醫療以後，又增加了地方的管理權責的份量——就是勞動保障部門與社會保險經辦機構的加入。作者認為這個發展過程與公共管理與治理理論的趨勢：將公部門放手給專業去管理、明確的績效衡量標準、重視產出管制、公部門走向解體放權、注重競爭性、重視私部門型態的管理行為、資源運用上的克制與節約等特徵符合若節。

第四節 國家對於個人醫療保障經費支出的節約措施

醫療保障支出的逐年增加，可以說是所有國家都面臨的共同問題，甚至讓很多國家的健保體系都陷入了危機。一般而言，大多數的醫療改革方案也多會從此入手，企圖去較低醫療成本的開支，其最主要的方法包括了：一、改變供給來拉低價格；二、提高人民健康水平來降低醫療使用量；三、靠行政管理計畫來控制成本開支；四、引入兌賠額（指在保險發生效用前，患者必須支付的數額）與部分保險（在保險發生後由患者部分負擔的賠償責任），以加強患者的成本意識；五、靠醫生來控制費用。（Fuchs, 1998: 13-15）

然而以上這些方式各自有其侷限所在，例如增加供給所涉及的是整體醫療資源的分配與提供，除非大量引進外來醫療資源，否則在短期內難見成效；第二是若要提高國民健康水平，在短期內要投入的醫療資源與成本，恐怕反會攀升而不會降低，同時一旦國民健康水準提昇進入高齡化社會，醫療資源的耗費更是有增無減。因此最為有效的方式就是兩種：靠行政管理計畫來控制成本開支與加強患者的成本意識兩種最為可靠與立竿見影。而中國在醫療成本的節約上，也是採用這兩種方式。在方法與工具上，則主要是倚靠法規與政策命令來加以推動。

4-1 「兩江模式」試點以前醫療保障經費支出的節約措施

公費醫療制度歷史悠久，因此對於此制度的規範也是年代最早。早在 1950 年代的「勞動保險條例」⁹⁵與 1952 年所出台的 52 年財衛聯字第 2 號「財政部、衛生部關於公費醫療預防衛生支出預算包括內容級計算標準的通知」中首次針對下列問題做出明白規範：一、新建機構標準；⁹⁶ 二、醫藥費。其中對於住院者的標準在「衛生部關於公費醫療醫院住院的規定」共列了內、外與婦科共 94 種疾病，除鼠疫、霍亂、天花、麻疹不限住院日期並強制住院隔離外，並明定各類病種與住院天數，最高不得超過 90 天；在醫藥費部份則是明定每月自 2,000 元到 20,000 元不等之標準；而這一切經費的支出，則是列入各級地方政府的年度預算中，由各級衛生行政機關專款專用，不得平均分發。⁹⁷而且對於公費醫療預防經費的使用，中央衛生部也明定其中 30%的比例工作門診醫療器材、健康檢查之用；70%作為住院醫療器材及防疫設備費，⁹⁸到 1989 年則是明定公費醫療經費必須用於特定開支：享受公費醫療人員正常的醫藥費開支，與列入事業編制

⁹⁵ 其內容包括一、工人與職員疾病或非因工負傷，在該企業醫療所、醫院、特約醫院或特約中西醫師處醫治時，其所需診療費、手術費、住院費及普通藥費均由企業行政方面或資方負擔；貴重藥費、住院的膳費及就醫路費由本人負擔，如本人經濟狀況確有困難，得由勞動保險基金項下酌予補助。患病及非因工負傷的工人職員，應否住院或轉院醫治及出院時間，應完全由醫院決定之。二、工人與職員因病或非因工負傷停止工作醫療時，其停止工作醫療期間連續在 6 個月以內者，按其本企業工齡的長短，由該企業行政方面或資方發給病傷假期工資，其數額為本人工資 60% 至 100%；停止工作連續醫療期間在 6 個月以上時，改由勞動保險基金項下按月付給疾病或非因工負傷救濟費，其數額為本人工資 40% 至 60%，至能工作或確定為殘廢或死亡時止。三、工人與職員因病或非因工負傷醫療終結確定為殘廢，完全喪失勞動力退職後，病傷假期工資或疾病非因工負傷救濟費停發，改由勞動保險基金項下發給非因工殘廢救濟費，其數額按下列情況規定之：飲食起居需人扶助者為本人工資 50%，飲食起居不需人扶助者為本人工資 40%，至恢復勞動力或死亡時止；部分喪失勞動力尚能工作者不予發給。四、工人與職員疾病或非因工負傷痊癒或非因工殘廢恢復勞動力後，經負責醫療機關提出證明，該企業行政方面或資方應給予適當工作。五、工人與職員供養的直系親屬患病時，得在該企業醫療所、醫院、特約醫院或特約中西醫師處免費診治，手術費及普通藥費，由企業行政方面或資方負擔 50%，貴重藥費、就醫路費、住院費、住院時的膳費及其他一切費用，均由本人自理。見 1953 年 1 月 2 日政務院修正通過之「中華人民共和國勞動保險條例」第 13 條之相關規定。

⁹⁶ 其內容包括門診部修建費、療養病床費、地皮費、藥材費與圍牆費等；

⁹⁷ 在 1952 年 8 月 24 日經政務院批准出台的「國家工作人員公費醫療預防實施辦法」第八條之規定。

⁹⁸ 同第 95 註第 10 條之規定。

的公費醫療管理機構的經費支出。⁹⁹這種透過年度預算支付開銷的方式，很快就發生「吃大鍋飯」的困境，也就是醫療資源的浮濫浪費。

這種幹部醫療費用報銷過於浮濫的情況，在 1957 年時政務院就企圖加以遏止，除明定關於幹部的公費醫療的報銷範圍與辦法，並明定出了 10 種不得報銷的情況。其中報銷的範圍報銷範圍中最重要的原則，就是必須憑藉著公費醫療證，到指定的醫療機構或經指定醫療機構同意，轉往其他醫療機構者方能報銷費用；對於沒有公費醫療證、或是未經指定醫療機構同意就擅自轉往其他醫療機構就診者，或是未經指定醫療機構准許而擅自買藥服用者等，均不得加以報銷。¹⁰⁰這些原則在 1958 年、1961 年與 1962 年又更加細緻化，¹⁰¹但是大原則上並未有太多改變。換句話說，在 1962 年以前對於公費醫療經費成長的遏制辦法，中共官方是希望透過指定醫院的方式去加以自我節制，但是這個方式由於過於空洞，而且指定醫院本身也有浮報開支的情況，因此成效相當有限。

除了大醫院本身浮報開支致使醫療經費高居不下以外，更嚴重的問題是由於大城市醫院設備較佳，因此許多慢性病與重症患者都到大城市醫院看病，這使得大城市醫院產生了排擠效應，讓醫療品質開始下降。中央衛生部為節制醫療資源的使用，對於本地無法治療的重症或是慢性病患者，要求必須先將病人的病歷資料先寄送對方醫療單位，在經對方醫療單位的同意後，才將病人轉介到該外地醫院進行治療。並且衛生部還將全國各省、市、自治區分為若干區，由該地區設備較佳的醫院負責解決該地區的重症或是慢性病患者，以免過度向大城市集中。¹⁰²

在 1965 年由於國家在醫療衛生上的財政負擔加重，因此首度對於掛號費自

⁹⁹ 見 1989 年 8 月 9 日衛計字（89）第 138 號所公佈的「衛生部、財政部關於印發『公費醫療管理辦法』的通知」與『公費醫療管理辦法』第 19 條之規定。

¹⁰⁰ 見 1956 年 6 月 25 日（57）衛保崔字第 27 號「衛生部關於幹部（行政十級與司長級以上）公費醫療報銷幾項問題的通知」。

¹⁰¹ 見 1958 年 12 月 31 日（58）衛保字第 15 號「關於中央機關司局長與行政十級以上幹部公費醫療報銷規定」；1961 年 12 月 27 日衛生部（61）衛保崔字第 11 號「衛生部發佈關於中央國家機關司局長及行政十級以上幹部公費醫療的報銷規定」；1962 年 9 月 10 日的衛生部（62）衛保崔字第 109 號「衛生部關於中央國家機關司、局長及行政十級以上幹部公費醫療的報銷規定的補充說明」。

¹⁰² 見 1962 年 8 月 20 日（62）衛保崔字第 108 號「衛生部關於嚴格控制病人轉移治療的通知」。

付做出了規定，並且要求各地區醫院對於營養滋補藥品也要進行收費，以平衡開支。¹⁰³對於自費藥品的範圍，也在1974年做出了規定，¹⁰⁴1977年又再次修訂，¹⁰⁵其目的除了在減輕財政負擔外，另外就是縮小幹部與群眾的醫療待遇差距。但是這一切並無太大助益於醫院賠本問題的解決，到了1981年便開始研擬如何以兩套收費標準，舒緩醫院的賠本問題。¹⁰⁶因此到了1982年就開始了按成本收費的試點，試點的地點包括了北京、上海、天津、陝西、河北、湖南、江蘇、黑龍江、吉林、遼寧、內蒙古等地，就實施該制度一年後試點的狀況而言，這些醫院所增加的收入佔同期業務收入的15.8%，其中城市區的收入增加了20%，街道醫院增加7%，縣級醫院增加10%，公社醫院增加3%，從收入來原來劃分，從公費醫療增收20%，勞保醫療增收80%。¹⁰⁷在1984年則在部份地區推動醫療費用改由醫院代管，實施醫療費用與個人、單位和醫院三方掛鉤。個人醫療費用定額包幹，超過部份按一定比例報銷的制度。¹⁰⁸

到了1989年「公費醫療管理辦法」公佈後，明確規範部分經費可以全部或部份在公費醫療經費中報銷，具體報銷比例由各地合理確定，¹⁰⁹同時在第8條也

¹⁰³ 見1965年10月27日(65)衛計張字第809號、(65)財文社字第509號「衛生部、財政部關於改進公費醫療管理問題的通知」。

¹⁰⁴ 見1974年7月20日(74)衛計字第545號、(74)財事字第132號「衛生部、財政部關於檢發享受公費醫療人員自費藥品範圍(試行)的聯合通知」。其中明定了十大類共一百餘種名貴藥品除用於搶救重病病人與治療公傷人員之外，均必須自費辦理。

¹⁰⁵ 見1977年10月18日77衛計字637號文件「衛生部、財政部、國家勞動總局關於檢發『享受公費醫療、勞保醫療人員自費藥品範圍的規定』的通知」。其中明定了人參、鹿茸等一百餘種珍貴藥材補品，必須自費報銷。但是對於職工從事有毒有害的特殊工種，直接引起之疾病，所需藥品費用報銷問題，請各省、市、自治區酌定。換言之，在職工職業病部份的用藥經費報銷的許可權限，在1977年已經下放到省級機關。

¹⁰⁶ 見1981年2月27日的國發(1981)25號「國務院批轉衛生部『關於解決醫院賠本問題的報告』」。其方式是實施按不包括工資的成本收費，門診掛號費職工個人除按現行標準繳交外，超過部份則由公費醫療與勞保醫療報銷，對於城鎮居民與農民的收費標準則不變。

¹⁰⁷ 見1982年11月6日「衛生部、財政部關於醫院實行按成本收費試點情況和今後意見的請示報告」。

¹⁰⁸ 見1984年4月28日所公佈「衛生部、財政部關於進一步加強公費管理的通知」。

¹⁰⁹ 其中包括了(一)享受公費醫療人員，在指定醫療單位就診的醫療費(含床位費、檢查費、藥品費、治療費與手術費等)；(二)因急症不能赴指定醫療單位就診，在就近醫療單位(國家、集體)就診的醫療費。(三)因工外出或假期探親，在當地醫療單位(國家、集體)就診的醫療費；(四)因手術或危重病住院後恢復期，進行短期療養或康復治療的，經原治療單位建議，所在單位同意，公費醫療主管部門批准的醫藥費；非手術或非危重病恢復期進行療養或康復醫療，經指定醫院建議，所在單位同意，公費醫療主管部門批准的藥品費；(五)因原治療單位沒有的藥品，必須外購(指到國家醫藥商店或其他醫療單位)並附醫院見證明的藥品費；(六)根據規

明定部分經費由患者自理。¹¹⁰而由其內容來看，這些所謂自費的部分都是屬於開支之上容易流於浮濫且非必要性的開支。而這些開支的控制措施，也僅能達到極為有限的效果，對於醫療經費上漲的趨勢，並無太大的抑制之功。這可以由下列內部文件與統計資料可以見得：

根據中共中央內部的文件顯示，1982 年全國每人每年平均公費醫療開支就已經將近 50 元，全國超支 3.7 億元，在 1990 年全國公費醫療經費支出則達 44.21 億元，比 1985 年增長 1.85 倍，平均每年增長 23.3%，人均開支由 1985 年的 72.57 元，增加到 1990 年的 164.73 元，同時根據 1990 年的財政決算統計，全國擠佔行政事業經費的醫藥費開支達 6.09 億元。其發生原因除與物價上漲、人均壽命延長、醫療消費水平提高有關外，該文件更直指公費醫療經費管理制度不善是關鍵所在。¹¹¹

因此在 1991 年李鵬總理在全國財務稅務工作會議代表座談會中明白指示：

「公費醫療開支大量突破指標的問題不能任其發展，對於公費醫療開支要逐步做到以醫療單位管理為主，財政與享受單位主動配合，實行公費醫療經費包幹，並

定轉外地醫療單位（國家、集體）就診的醫藥費。（七）計畫生育手術的醫藥費。（八）因病情需要，經治療單位出具證明安裝的進口人工器官，不超過國產最高價格部份的費用。（九）因病情需要，進行器官移植，按公費醫療、單位與個人共同負擔之原則，應由公費醫療負擔之費用。（十）因公負傷、致殘的醫療費用。（十一）用於危重病搶救或治療公傷所必需的貴重滋補藥品（含血液製品）的費用。見 1989 年 8 月 9 日衛計字（89）第 138 號所公佈的「衛生部、財政部關於印發『公費醫療管理辦法』的通知」與『公費醫療管理辦法』。第 7 條之規定。

¹¹⁰（一）各種不屬於公費醫療報銷的自費藥品。（二）掛號費、出診費、伙食費、特別營養費、住院陪護費、特護費、嬰兒費、保溫箱費、產婦衛生費、押瓶費、中藥煎藥費（包括藥引子費）、取暖費、空調費、電話費、電爐費；病房內的電視費、電冰箱費等。（三）醫療諮詢費、醫療保險費（指醫療期間加收的保險費）、優質優價（指醫院開設的特診）費、氣功費（不含氣功治療費）（四）非公費醫療管理部門組織的各種體檢、預防服藥、接種、不育症的檢查費、治療費。（五）各種整容、矯形、健美的手術、治療處置、藥品等費用以及使用矯形、健美器具的一切費用。（六）就醫路費、急救車費、會診費集會診交通費。（七）各類會議的醫藥費。（八）各種治療用品費。（九）未經指定醫療單位介紹或公費醫療機構批准，自找醫療單位或醫師診治的醫藥費。（十）未經公費醫療管理機構同意自行療養、康復、休養的醫藥費用。（十一）由於打架、鬥毆、酗酒、交通肇事、醫療事故等造成傷殘所發生的一切費用。（十二）出國探親、考察、進修、講學期間發生地醫療費用。（十三）其他由當地公費醫療管理部門規定不應在公費醫療經費中報銷的費用。資料來源見 1989 年 8 月 9 日衛計字（89）第 138 號所公佈的「衛生部、財政部關於印發『公費醫療管理辦法』的通知」與『公費醫療管理辦法』之規定。

¹¹¹ 見 1992 年 1 月 21 日（92）財文字第 010 號「財政部關於加強公費醫療管理嚴格控制公費醫療經費過快增長的通知」。

適當與個人掛鉤的辦法……」¹¹²。換言之，衛生部希望透過公費醫療支出與預算脫鉤，以及將之與個人有限度的掛鉤的雙重方式來降低公費醫療經費的成長速度。但是對於公費醫療經費全部或是大部分包幹給享受單位或個人的做法，由於會造成罹患重病的職工無法獲得醫療照顧，與國家醫療政策與勞動保險醫療制度精神並不符合，因此中國政府曾多次明文嚴格禁止。¹¹³

到了 1993 年，衛生部與財政部更明令公佈了第一批「公費醫療用藥報銷範圍（試行）」¹¹⁴，此外這些用藥報銷範圍，將隨著醫藥事業發展，臨床基本醫療的實際需要，以及國家經濟狀況予以適時調整。而各省、自治區、直轄市因用藥習慣的差異，可在該「用藥範圍」的基礎上，根據當地臨床基本醫療之需要與財力條件，對「用藥範圍」內所列的藥品名錄進行增補（調整幅度原則上部超過總品種的 10%）。地方增補藥品的種類，應首先從「國家基本藥物名錄」中選用，並須填寫「公費醫療費用藥報銷範圍增補品種備案表」，並報送衛生部全國公費醫療事務管理中心備案。另外，各地方政府對於特殊用藥、搶救用藥、民族用藥（特別是回、蒙、藏等地區）等，各地方政府也可自行訂立管理辦法，以建立完善的審批制度。

由上述發展歷史觀之，作者認為公費醫療節約費用成長的方式與思路，歷經著幾個階段與變化：

第一階段是在 1965 年以前，其主要的方式是以行政管理機制節約醫療成本，在思路主要是防止經費報銷的浮濫，其手段主要是透過允許報銷的類項與藥品加以進行。此一階段完全談不上所謂的「市場機制」，在管制內容上唯一的認定標準就是針對昂貴的處方與藥物進行限制使用，以達到節約醫療成本之目

¹¹² 同上註。

¹¹³ 見 1982 年 3 月 18 日工發總字（1982）第 22 號文件「全國總工會、國家勞動總局、財政部關於制止把醫療費全部發給職工個人包幹使用的通知」；1983 年還特別針對二等乙級以上革命傷殘軍人所做出指示，見由民政部、衛生部、財政部聯合發出的民（1983）優 103 號「關於在鄉二等以上傷殘軍人公費醫療問題的通知」與 1990 年 5 月 30 日的民優發（1990）15 號「民政部、衛生部、財政部關於重申在鄉二等乙級以上革命傷殘軍人的公費醫療費用不得實行定額包幹辦法的通知」。

¹¹⁴ 其中共含抗感染類、心血管西藥 152 種，後又公佈了第二批呼吸類等九類西藥，及中成藥 384 種見 1993 年 10 月所公佈的「衛生部、財政部關於加強公費醫療用藥管理的意見」。

的。

第二階段是自 1965 到 1989 年「公費醫療管理辦法」公佈之前。此一階段開始出現「個人掛鉤」與患者必須自付部分款項的成本意識概念，惟一方面由於額度與比例均低；另一方面則是欠缺外在的誘因，因此成效相當有限。

第三階段是 1989 到 1996 年開始推動基本醫療制度之前。此一階段則主要是透過加大昂貴藥品的自付額度，與個人掛鉤的幅度加大等措施來進行節約醫療成本的支出。另外就是對於用藥的開支予內容予以法律的明文化，同時賦予地方政府部分審批與管理的能力。

綜合來說，公費醫療體制為何一直無法有效的節約醫療資源浪費，作者認為主要存在著兩方面的問題：第一、就是中國政府一直是用最不經濟的方式在進行著政府統治。我們可以從 1950 年代到 1996 年實施基本醫療為止，這些法規命令的頒布者分別包括了衛生部、財政部、民政部、全國總工會、國家勞動總局等單位就可以觀察到一個有趣的現象 - - 就是這些單位全屬國務院所轄之中央部會與單位，足見在 1994 年「兩江模式」試點之前，中國醫療保障費用支出的管轄權則都在中央政府之手，地方政府除了在 1990 年代後期享有審批藥品的部分權力以外，各級地方政府並無任何插手空間。

這種中央集權式的統治方式早已被公共行政與管理上認為是最不經濟的統治方式。況且就組織理論來說，在中央層級在處理醫療保障事務時，衛生部門往往必須與勞工、財政等單位跨部會協調。中國國務院內部組織並沒有因為醫療保障的業務的多元而統整到單一部會，反而是採用各個相關部會聯合命令的方式向下級單位發佈。這樣的方式既無法達到事權統一的效果，同時在時效上也比較慢，對於急迫性的問題常無法有效因應。其次就是中央集權式的統治方式不僅浪費了許多不必要的外部成本開支，且由於下級機關並無參與及決策權力，因此中央往往是在資訊不完整的情形之下做出決策。而當中央政府一旦做出新決策並要求貫徹治地方時，又往往不能因應各地的需求而致使成效有限。這也是造成兩江試點之後，中國政府開始思考將相關權責下放給地方政府的原因所在。

第二、就是所謂個人掛鉤的精神欠缺相關的配套機制。為何中國政府在改革醫療費用的負擔時會想到用「個人掛鉤」的方式呢？而什麼又叫做與「個人掛鉤」？其實所謂與「個人掛鉤」的意涵，就是在於使用者付費，而且用愈多者付愈多，目的就是在於增加患者的成本意識，以避免道德風險的問題。基於經濟學上個人理性的假設，如果費用需由自身負擔時，人們會基於自身利益與成本的考量，而主動降低不必要的浪費。這個基本假設可以說是西方經濟學與資本主義市場效率運作的重要基礎。而中國政府在進行醫療改革時，為了達到效率與不必要浪費的目標，最早引進的具有「市場機制」精神的措施就是與個人掛鉤的制度。惟這種與個人掛鉤的制度之比例會影響到實施的成效，因為如果掛鉤比例過低，絕大部分仍然靠政府支出時，則反而有可能會因為病患對於個人支出不加珍惜，以致過早進入政府統籌支出階段，而達不到降低總體開支的效果；而如果個人掛鉤比例過高，固然在短期內可以達到降低整體開支與節約醫療資源的目的，但是病患往往會因為節省個人開支忌疾諱醫。這不僅喪失了原先醫療保障政策的社會性目的，同時小病不醫累積成大病以後，反而長期下來浪費了更多的社會醫療資源。因此，與個人掛鉤制度的比例實乃成敗之關鍵所在。此外，單純的實施與個人掛鉤的機制，其實對於節約醫療開支的效用仍然極為有限。因為除了在內在制度實施與個人掛鉤的機制外，其實更需要外在醫療職能範圍的相關配套機制的配合，例如醫院的相互競爭等，才有可能達到整體節約醫療開支之目的。

4-2 「兩江模式」的改革與以後的費率報銷

在 1994 年「兩江模式」試點之前，中國的公費醫療與勞保醫療原則上都是以個人零負擔的思維角度為出發，而且即使部份地區實施與個人掛鉤的制度，個人支出也非常低，並且還有封頂線避免個人負擔過重。到了 1994 年進行「兩江模式」試點改革時，其目的就是建立社會統籌基金與個人帳戶相結合的社會保險制度。其在改革上所遵循的原則，就是希望能達到基本醫療保障水平與中國國家

社會生產力發展等各方面相適應，並且國家與單位不能包攬全部的醫療費用。換句話說，它們開始思考如何在經費支出上與財政脫鉤；另外則是在職工基本醫療待遇要與個人掛鉤，並建立醫病雙方的互動機制，以避免浪費；而對於勞保醫療基金的籌集、運用與管理交由獨立的社會醫療保險事業機構負責，並納入財政管理，政府對此僅負責政策之責任（政事分開原則）；對於本市範圍內所有的國家機關、事業單位與各類企業（兩江模式時暫不包括鄉鎮企業）職工均需參加職工醫療保障制度。¹¹⁵

基於財政脫鉤與個人掛鉤相結合的思維所建立的「兩江模式」的主要內容有四：（一）建立醫療保險基金制度，實施國家、單位與個人三方合理負擔；（二）按照個人統籌與社會互濟的原則，建立個人醫療帳戶；（三）改革後的職工醫療給付，先由個人帳戶支付，個人帳戶不足時，再由職工支付；（四）建立有效的醫療費用制約機制。茲分述如下：¹¹⁶

（一）建立醫療保險基金制度，實施國家、單位與個人三方合理負擔：醫療保險基金只國家為保障職工患病期間的基本醫療，由社會醫療保險機構按照國家有關規定，向單位與個人徵繳用於職工醫療保險的專項基金。醫療保險基金基本上分成社會統籌基金與個人帳戶兩部份。其基金來源由用人單位與職工個人繳納兩方面所共同構成。在用人單位繳納額度部份，兩江地區都是實施國家機關、事業、企業單位按全市統一的提取比例繳納醫療保險基金。在改革初期，以本單位在職職工年工資總額與離退休職工費用總額之和為基數，暫按 10% 提取之。其具體辦法是：國家機關、全額預算管理的事業單位和差額預算管理的全民所有制醫院，在各單位預算中列支資金；實施差額預算管理的其他事業單位及自收自支、企業化管理的事業單位，在單位提取的醫療基金中列支；企業的在職職工，在「員工福利費」中列支，離退休人員在勞動保險費中列支；停薪留職人員由個

¹¹⁵ 見 1994 年蘇政發（1994）91 號文件「江蘇省人民政府『關於報批鎮江市職工醫療制度改革實施方案的請示』」與贛府字（1994）315 號文件「江西省人民政府『關於再次報請審批（九江職工醫療社會保險暫行規定）』」。

¹¹⁶ 同上註。

人或聘用單位負擔，由保留其工資關係的單位代收代繳；¹¹⁷破產企業在清算財產時，應繳足在職職工當年度與退休職工以後 10 年的醫療保險費。¹¹⁸職工個人繳費部份，暫按本人年工資的 1% 繳納，且為不影響職工的實際收入，該費用的繳納的增加必須在增加工資的基礎上進行。對於逾期不繳納者，「九江模式」也有罰則之規定。¹¹⁹

(二) 按照個人統籌與社會互濟的原則，建立個人醫療帳戶：社會醫療保險機構為每位職工與退休人員在銀行建立個人醫療帳戶，個人醫療帳戶基金中的來源如下：除如前所述職工與用人單位必須各以繳納比例組成醫療帳戶外，對於退休人員須將個人年退休費用 10% 提取作為醫療保險基金，並將其一半劃入個人醫療帳戶。而建國前參加革命工作的國家在職幹部，同在職職工一般建立個人醫療帳戶，享受規定之醫療待遇。參加醫療保險後離休的幹部，個人醫療帳戶的資金則不再增加，用完為止。二等乙級以上傷殘軍人、離退休人員不設立個人醫療帳戶，但應建立醫療費用帳戶。該個人帳戶專門用於個人符合規定的醫療費用，其本金與利息均為個人所有，可以結轉使用與依法繼承，職工工作變動，個人帳戶也隨個人移轉。¹²⁰

(三) 職工醫療保險待遇；凡是職工到職工醫療保險機構確認的醫療院所就診，其所發生的費用先由個人帳戶支付：以「鎮江模式」試點的規定，個人帳戶不足時，再由職工自付。按年度計算，職工在個人醫療帳戶外自付的醫療費用，超過本人（不含退休人員）年工資額 5% 以上部份，由社會統籌醫療基金支付，但個人仍須支付一定比例，並採分段累加計算：超過本人年工資額 5% 以上到 5,000 元部份，個人負擔 10%，5,000 元以上至 10,000 部份，個人負擔 8%，10,000

¹¹⁷ 留職停薪者之相關規定僅見於「九江模式」。見贛府字（1994）315 號文件「江西省人民政府『關於再次報請審批（九江職工醫療社會保險暫行規定）』」附件「九江職工醫療社會保險暫行規定」第 9 條之規定。

¹¹⁸ 該項規定亦僅見於「九江模式」。同上註第 10 條之規定。

¹¹⁹ 若單位逾期不繳納者，醫療保險機構按日 0.2% 的滯納金，滯納金則納入社會統籌醫療基金之下。同上註第 11 條之規定。

¹²⁰ 見鎮政發（1994）第 85 號文件「鎮江市人民政府辦公室關於印發鎮江市職工醫療保險費用結算暫行辦法等七項規定的通知」的附件「鎮江市職工醫療基金管理中心關於參保職工工作調動個人醫療帳戶轉移與結算的通知」的規定。

元以上部份，個人負擔 2 %，退休人員按在職職工規定比例的一半支付，¹²¹對於部份地區經濟條件較差的職工（如鎮江的潤州、丁卯、大港地區），還有醫療保險補貼，以免影響職工生計。¹²²另外，二等乙級以上殘廢軍人、離退休人員符合規定的醫療費用、患有國家認定之特殊病種、實施計畫生育手術及其後遺症（經縣及以上計畫生育委員會會同有關部門的確認）的職工，全部由社會統籌醫療基金支出。而在自費與藥品報銷部份，仍沿襲著過去公費醫療與勞保醫療的精神有所限制。¹²³另外，在「九江模式」還建立了全市醫療統籌調劑基金。該基金是由全市的社會統籌醫療基金提取 5 % 的資金，此資金由是醫療保險機構統一管理，專戶儲存，並在全市範圍內調劑使用。¹²⁴

（四）建立有效的醫療費用制約機制：主要是指社會醫療保險機構對定點醫院與用人單位執行保險政策的情況加以考核，並建立獎懲措施以避免浪費；同時醫院必須建立「總額控制，結構調整」的制度避免醫療費用過度增長。¹²⁵首先，在個人方面則是由社會醫療保險機構統一製發「職工醫療保險證歷」，患者憑證就診，如有冒用頂替則將會有所懲處，並追回所發生的醫療費用。在藥品方面則是制定醫療保險基本用藥目錄，超出目錄部份的用藥費用全部自理，¹²⁶進行特種

¹²¹ 九江模式的規定略異於鎮江模式，九江模式規定超過本人年工資額 5 % 以上到 5,000 元部份，個人負擔 15 %，5,000 元以上至 10,000 部份，個人負擔 9 %，10,000 元以上部份，個人負擔 2 %。見贛府字（1994）315 號文件「江西省人民政府『關於再次報請審批（九江職工醫療社會保險暫行規定）』」附件「九江職工醫療社會保險暫行規定」第 16 條之規定。

¹²² 見 1994 年 12 月 20 日所公佈的「鎮江市財政局、人事局、勞動局、醫管辦關於實施職工醫療保險制度適當增加醫療保險補貼問題的通知」，其中規定這些地區的國家機關、事業、企業單位在職職工每人每月在薪資列支中增加 5 元醫療保險補貼，私營企業職工參加醫療保險的亦可加入，但是駐鎮部隊企業、鄉鎮企業職工、機關與事業單外派駐港澳地區的工作人員駐外期間則不可加入。

¹²³ 見鎮政發（1994）第 85 號文件「鎮江市人民政府辦公室關於印發鎮江市職工醫療保險費用結算暫行辦法等七項規定的通知」的附件「鎮江市職工醫療保險醫療費用報銷範圍與自費範圍的暫行辦法」、「鎮江市職工醫療保險藥品報銷範圍說明」與「九江市職工醫療社會保險醫藥費開支管理試行辦法」之相關規定。

¹²⁴ 見贛府字（1994）315 號文件「江西省人民政府『關於再次報請審批（九江職工醫療社會保險暫行規定）』」附件「九江職工醫療社會保險暫行規定」第 18 條之規定。

¹²⁵ 見鎮政發（1994）第 85 號文件「鎮江市人民政府辦公室關於印發鎮江市職工醫療保險費用結算暫行辦法等七項規定的通知」的附件「關於鎮江市醫療單位醫藥費實行『總額控制，結構調整』的實施細則」之相關規定。

¹²⁶ 見鎮政發（1994）第 85 號文件「鎮江市人民政府辦公室關於印發鎮江市職工醫療保險費用結算暫行辦法等七項規定的通知」的附件「關於重申嚴格執行醫院藥劑管理的規定」。

檢查或是治療（如 MRI、CT 等儀器治療），須經所在定點醫院「職工醫療保險管理小組」審批，¹²⁷其費用由個人負擔 20%，不計入當年按比例負擔之部份。而二等乙級以上傷殘軍人的特種檢查治療費用，個人負擔比例不超過在職職工的 50%。

「兩江模式」在經過兩年的試點實驗後，鎮江的社會統籌基金與九江的企業醫療社會保障基金卻都出現了超支的現象，但是個人帳戶卻都出現大量的節餘。其原因主要就是在於試點的時間太短，個人帳戶積累有限，對患者而言很快就進入社會統籌帳戶支付階段；二、拖欠繳費者一直沒有找到良好的解決之道，迫使醫療保險經辦機構不得不直接從統籌帳戶中墊付支出；三、離退休人員制度不健全，不僅不設個人帳戶也不繳費，直接從統籌帳戶中墊付支出；四、對個人帳戶積累缺乏有效的刺激機制。（余功斌, 1998: 7-11）換句話說，「兩江模式」試點經驗的最大問題，就是如何思考充分運用與發揮個人帳戶的功效，仍然是在如何去調整個人掛鉤的數字與比例，以避免太早進入社會統籌基金的使用，造成社會統籌基金耗損過大。

4-3 職工基本醫療保險的費率支出的改革

基本醫療保險費是由用人單位與職工共同繳納。用人單位繳費率應控制在職工工資總額的 6% 左右，職工繳費率一般為本人工資收入的 2%。隨著經濟發展，用人單位與職工繳費率可以相對應調整。¹²⁸職工基本醫療保險依循著「兩江模式」的思路，建立基本醫療統籌基金與個人帳戶。基本醫療保險基金由統籌基金與個人帳戶構成。職工個人繳納的基本醫療保險費，全部計入個人帳戶。用人單位繳

¹²⁷ 見鎮政發（1994）第 85 號文件「鎮江市人民政府辦公室關於印發鎮江市職工醫療保險費用結算暫行辦法等七項規定的通知」的附件「鎮江市職工醫療收費管理暫行辦法」與「鎮江市職工醫療保險特殊醫療管理暫行辦法」之規定。

¹²⁸ 見 1998 年 12 月 14 日公佈的國發（1998）第 44 號文件「國務院關於建立城鎮職工基本醫療制度的決定」。

納的基本醫療費分成兩個部份，一部份用於建立統籌基金，一部份劃入個人帳戶。劃入個人帳戶的比例一般為用人單位繳費的 30%，具體比例由統籌地區根據個人帳戶地支付範圍與職工年齡等因素確定之。統籌基金與個人帳戶要劃定各自的支付範圍，分別核算，不得互相擠占。要確定統籌基金的給付標準和最高支付限額起付標準原則上控制在當地職工年平均工資的 4 倍左右。起付標準以下的醫療費用，從個人帳戶中支付或由個人支付。起付標準以上，最高支付限額以下的療費用，主要從統籌基金中支付，個人也要負擔部份比例。而超過最高支付限額的醫療費用，可以通過商業醫療保險等途徑解決。統籌基金的具體起付標準、最高支付限額以及在起付標準以上和最高支付限額以下醫療費用的個人付單比例，由統籌地區根據「以收定支、收支平衡」的原則確定。而關於離休人員、老紅軍的待遇仍然不變，醫療費用按照原資金渠道解決，支付確有困難者，由同級人民政府幫忙解決。二等乙級以上革命傷殘軍人的醫療待遇不變，醫療費用按照原資金渠道解決，由社會醫療保險經辦機構單獨列帳管理。醫療費用支付不足部份，由當地人民政府負擔。退休人員參加基本醫療保險，個人不繳納基本醫療保險費。對退休人員個人帳戶的計入金額和個人負擔醫療費的比例給予適當的照顧。而國家公務員在參加基本醫療上，則得享受補助政策。同時為了不降低現行特定行業職工現有的醫療消費水平，在參加職工基本醫療保險的基礎上，允許建立企業補充醫療保險。企業補充醫療保險費在工資總額 4% 以內的部份，由職工福利費中列支，福利費中不足的部份，經同級財政部門核准後列入成本。¹²⁹

對於醫療所耗藥品的報銷問題，基本醫療保障的給付範圍仍依循著之前的管制精神，進行有限度的報銷，以免浪費醫療資源。基本醫療保險的用藥範圍，主要是透過制定「基本醫療保險藥品目錄」的制定進行管理，而納入「基本醫療保險藥品目錄」的藥品必須具有一定的條件，中央與地方政府均各自有其權責。¹³⁰

¹²⁹ 同上註。

¹³⁰ 見 1998 年 5 月 12 日國發(1998)第 44 號文件「關於印發城鎮職工基本醫療保險用藥範圍管理暫行辦法的通知」的附件『城鎮職工基本醫療保險用藥範圍管理暫行辦法』第 3、4 條之規定。

而除了在藥品的報銷外，對於診療項目的管理與服務設施範圍的支付標準，基本醫療也各自有其規範範圍。就診療項目而言，基本醫療共可分為不予支付診療費用的項目與支付部份費用的診療項目兩大類。¹³¹在服務設施範圍的支付標準上則是明定了 5 大類項不予以支付。¹³²到了 1999 年，更是明定非臨床診療所必需，效果不確定的診項目以及屬於特需醫療服務的診療項目，基本醫療不予支付費用；而一些臨床診療必需，效果確定但是容易濫用或是費用昂貴的診療項目，基本醫療僅支付部份費用。各地區診療項目的支付範圍，由各省、自治區、直轄市之勞動保障部門視實際需要與狀況以目錄定之。¹³³這些自費的範圍基本上仍不脫 1989 年 8 月 9 日衛計字（89）第 138 號文件所公佈的「衛生部、財政部關於印發『公費醫療管理辦法』的通知」與『公費醫療管理辦法』的精神，在昂貴藥品上進行節制，以免過度浪費醫療資源。

隨著各地經濟與社會發展的條件不一，基本醫療體制在支付費用的形式上各地也有著不同的發展。目前大致可以分成三種類型：一是兩江經驗的「三段直通式」（就是基金支付分成個人帳戶支付段、自付段、社會統籌帳戶支付段）其優點在於共濟性高，保障水準也高，但是缺點則是缺乏激勵誘因，同時也容易造成花光個人帳戶而形成「吃大鍋飯」的問題，造成統籌帳戶嚴重超支，而且該管理模式難度與成本也最高；另一種是以深圳、廈門與海南為代表的「板塊式結合」模式，就是個人帳戶與社會統籌帳戶分開管理，個人帳戶用以支付小病或是門診的費用，社會統籌帳戶用以支付大病或住院的費用，並且規定若干不須住院的慢性病也可自統籌帳戶支付部分費用（中共經濟體制改革委員會，1996: 23-25）。該

¹³¹ 其中不予支付診療費用的項目還包括了服務項目類如掛號費等八種、非疾病治療項目類如減肥與體檢等五種、診療設備及醫用材料類如眼鏡與義肢等四種、治療項目類如器官移植等四種。見 1998 年 5 月 12 日國發（1998）第 44 號文件「關於印發城鎮職工基本醫療保險用藥範圍管理暫行辦法的通知」的附件『關於城鎮職工基本醫療保險診療項目管理的意見』之相關規定。

¹³² 見 1998 年 5 月 12 日國發（1998）第 44 號文件「關於印發城鎮職工基本醫療保險用藥範圍管理暫行辦法的通知」的附件『關於確定城鎮職工基本醫療保險醫療服務設施範圍的支付標準的意見』之相關規定。

¹³³ 見 1999 年 6 月 30 日勞動和社會保障部、國家發展計畫委員會、財政部、衛生部、國家中醫藥管理局「關於印發『城鎮職工基本醫療保險診療項目管理、醫療服務設施範圍和支付標準意見』的通知」。

制度優點在於管理容易，同時個人激勵誘因也較強，但是大病與小病的界限容易引發爭議；第三種是山東省所實施的「三金結合式」（就是將社會統籌、企業調劑金與個人帳戶相結合），其優點在於能讓企業與醫療機構參與管理，同時還能降低爭議。另外其他還有的方式如上海市所實施的「住院統籌」，山西省與內蒙古部分地區所實施「大病統籌，小病分流」、「大病統籌，小病補貼」、「大病統籌，小病自付」等多種方式，其目的就是希望各地去針對當地特有的社會經濟條件去設計給付方式，以達到醫療基金充分運用之目的。¹³⁴

但在事實上各地基本醫療體制的實施成敗，幾乎是取決於與個人掛鉤的數字與比例。因為如果當個人帳戶的支付額較高時，反而會造成病人不敢隨意看病以節約資源，一旦小病累積成大病反而直接進入統籌給付階段，反而會加速統籌基金的耗損，此時個人帳戶卻仍有極高的結餘。而如果掛鉤的比例很低時，病人也不會珍惜個人帳戶之金額，在個人帳戶迅速耗盡後進入統籌基金支付階段，一樣會造成無法有效節約資源的結果，此時統籌基金一樣會造成不必要的浪費或是虧損。

作者認為，「基本醫療制度」雖然在費率上仍秉持著與個人掛鉤的精神，進行著避免個人浪費醫療資源的調節性功能，但是成效仍然十分有限。其原因在於個人掛鉤制度僅是屬於內在的節約機制，目的是為了避免因道德風險而產生的浪費，但也必須有其他外在的機制加以配合方能奏效，例如解決醫院以藥養醫的漏洞等。而中國政府雖然在藥品與醫療服務的報銷範圍上進行了一系列的管制性措施，以企圖去減少來自外部的醫療資源浪費（例如醫院），但是由於整體醫療職能範圍是屬於計畫經濟的體制，即使引進了部分類似「市場機制」的措施，其次就是欠缺有效的外在整體的市場誘因，因此在相關成效上仍是十分有限，例如醫院的管理制度。

除了「個人掛鉤」的問題以外，基本醫療體制並非全無優點可言，各地在費

¹³⁴ 相關分析可見時任國家體改委副主任王東進之系列研究，與其在中共內部文件中撰寫之報告。見(王東進, 1997:4-10 ; 1998a: 4-14 ; 1998b: 2-11)。

率的選擇上，授權各地方政府決定，以因應當地的社會與經濟環境而有所調整，就是非常具有彈性的做法。這樣制度設計可以說是一方面降低了中央的管理成本與財政支出，另一方面地方政府也有比較大的彈性去選擇對自身有利的方式去節約醫療支出，是屬於一種雙贏的做法。

但是就管理技術來說，各種各具地方特色的醫療保障制度，也或多或少造成許多管理上的問題，也就是所謂「條條塊塊」的現象。這不僅造成各級政府掌握實際情形不易，許多挪用、腐敗與浪費往往因此而產生，而且各地的「醫療與社會保障基金」也無法相互調劑支援。這對許多地方的「基本醫療制度」的實施都造成了新的危機與問題。

第四節 本章小結

本章在一開始論述了國家在醫療職能範圍作為的型態與主動性、效果與影響，作者認為這些特質的存在決定了國家在醫療職能範圍中的重要性。根據歐陸的經驗與治理理論，中國在醫療職能範圍上的作為同時兼具英美兩國的特色，在類似英國的特色部分就是藥品市場的強制性競標；在類似美國的特色則是採用經濟誘因，例如使用者付費、個人掛鉤等措施。因此作者認為，中國在醫療職能範圍上的治理改革是同時兼具英美特色，這也充分顯示了中國是的改革富有新的理論意義。

以治理的角度來說，對於醫藥市場與醫院的整頓是不同的面向。在醫療市場的整頓上，由於過去中國大陸醫療市場混亂，管理機制又有「條條塊塊」的現象致使效率不彰。因此在醫藥市場的整頓上的重點就是如何能將市場制度化，建立一套品質與價格的管理機制。但是很顯然的價格管理機制雖然初步建立，但在管理機關的建立與權責上，並沒有做到適當的統整，管理機關仍是非常破碎分散。作者認為，中國醫藥市場的治理革命，在管理機關上僅做到中央與地方分權，但

並沒有將權力的運作與其他半官方組織共享。其原因或許是由於中國的民間社會仍然薄弱，或是市場機制不夠成熟發達，致使能成立自發性的半官方組織。因此，作者認為中國醫藥市場的治理改革，僅屬於官方層次的治理改革，並未深入到民間或是市場機制本身。

作者認為治理改革後的中國對醫藥市場的管理目的，一方面是希望能簡化管制程序，以增加效率與效能；另一方面，國家也透過對藥典的編訂與強制醫院公開招標等方式去管制醫院在藥品上的漏洞，以克服以藥養醫的問題。在價格部份則是由國家建立一套價格監管機制，去防止醫藥市場價格不正常浮動。因此整體來說，醫藥的管制上國家是處於國家比以往有著更綿密法律密度的「再管制」的情況，並非是放手交給市場去操作。至於「市場機制」的引進，僅是在於管理與程序組織簡化與放權，以及醫院藥品強制招標採購程序的引進，是屬於極為片面的。因此若以治理理論對醫藥市場改革做出評述，作者認為尚未達到引進「市場機制」的程度，僅能說是基本制度的建立。

其次，就是在醫院的改革上，則要從「管理主義」的角度來加以觀察。因為過去中國的醫院形同國家衛生部的下屬機關，在體質上與官僚機構無異，因此所有官僚機構有的問題醫院也都存在。再者，醫院本身雖然業體質上屬於事業單位，但是由於醫院本身能夠收取醫療費用，這使得它在體質上介於企業單位與事業單位之間。這不僅使得醫院管理弊端滋生，也使得醫院成為吞食國家預算的無底洞。

實施醫療改革或是推動治理對醫院最大的意義，就是在現代化管理主義制度的引進，以降低不必要的開支。但是由於中國的醫院是屬於寡占市場，各公立醫院間欠缺外在與私人醫院的競爭，因此在刺激誘因上極為有限，而這也成為中國醫療改革中步調最為緩慢的一環。因此作者認為，醫院的種種改革措施僅存在於內部是不夠的，並需要開放外資醫院的設立，徹底打破醫院的寡占局面，從而讓

醫院能彼此相互競爭。唯有如此，才能更進一步啟動內部的改革措施。作者認為唯有如此才能真正達到治理的目標。

在國家對費率的管理問題上，在實施基本醫療體制以前，由於中國對於醫療保障體制是採取國家一體負擔的方式，因此由本時期的文件與命令可以發現，中共中央不僅提出了全國一致的報銷標準外，同時還明確訂出可報銷的範圍與藥品；另外一方面就是儘量與個人掛鉤，讓個人不至於浪費醫療資源。雖然受到了種種外在因素的影響（例如對醫藥市場控制的不完全），致使醫療資源的節約成效有限，但是與個人掛鉤的思維卻是保留下來，一直到「兩江模式」的試點與「基本醫療制度」的實施，都可以充分看到與個人掛鉤的精神之具體實踐。

作者認為，「個人掛鉤」固然在一定程度上可以降低醫療費用的不當支出，但是這必須建立在兩個重要前提之下才會有一定的效果：一、適度的個人掛鉤比例；二、外在市場大環境的配合。而基本上第一個前提與第二個前提又是相互關聯的，也就是掛鉤的比例涉及了各地的經濟社會條件因素。因為如果國家或是各地方政府在決定掛鉤的比例失調，幾乎就等於宣告了該項改革措施的失敗，其次這個比例的決定又與當地的社會與經濟情況密切相關。其次，所謂外在市場大環境主要是指醫療職能範圍的相互競爭與交易協調的機制，（Lindblom, 2001: 4）而中國在這方面條件卻又是極為不足與欠缺的，因此在這雙重因素交互影響下，導致了個人掛鉤措施的效用有限。

作者認為，中國政府對藥品市場、醫院與費率的治理改革措施，僅見部分成效的原因就是在於欠缺一個外在的健全市場機制加以配合。也就是說，一個沒有市場競爭機制的醫療職能範圍，讓所有政府投入的醫療改革措施成效都打了折扣。未來如果想要深化改革深度，建立外在市場的競爭機制或許是一個可以思考的方向。