

第六章 廈門個案的考察

中國的醫療改革自 1994 年「兩江試點」之後，並於 1996 年推動擴大試點，其中廈門市就是被最早選為擴大試點的地區與城市之一。其原因無非「是由於廈門市經濟條件好，開發早，資金也充裕。」¹，在實施上的障礙比較少。其中以 2001 年的內部資料顯示，在全中國 349 個統籌地區中，共有 320 個統籌地區出台了基本醫療保險實施方案，284 個統籌地區已組織實施，佔統籌地區的 81%，(王東進,2001a: 2-4)而廈門市則是早在 1996 年就已經公佈試點相關政策，1999 年 7 月公佈正式的法律規範與罰責，到 2001 年時各項基金的徵繳率都超過九成五以上。因此若是以此標準來看，廈門市的個案可以算是一個相當成功與成熟的個案。

就理論與方法的層次來說，由於廈門市在全中國的經濟開發情況甚佳，居民平均所得超過國民平均所得甚遠，算是一個極為富庶的城市。由於作者假設治理模式的成功必須有賴於健全的市場經濟因素，因此廈門極為成功的經濟發展條件，對於治理模式的成功與否的關聯性就構成了一個重要的觀察變項。其次，廈門市雖然有極為富庶的經濟發展，但是在醫療職能範圍中計畫經濟的體質並未改變，因此這兩者間的落差可以由醫院的改革內容與幅度可以觀察的出來。也就是說，由於欠缺外在的市場機制的刺激，以及本身寡占性質的影響，讓醫院的改革與進步幅度不足，致使廈門市市民在經濟收入與醫療品質的享受上呈現一種不對稱的情況。而這個情況改變的契機，則是相互競爭機制的引進。

就行政管理與官僚的層次來說，廈門市自 1996 年擴大試點之後就推動基本醫療體制，其間迄今已超過 6 年以上，因此在實踐經驗上也較其他地區豐富。因此廈門市的官僚在醫療改革上的經驗與觀察切入，也自有其指標性的意義。同時具體作為與政策實施深度。其次，廈門市也是少數幾個引進「補充保險」的城市

¹ 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源訪問談話。2002 年 1 月 23 日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

作者認為，也可以由廈門市市級政府在相關政策的實施上，瞭解到市級政府的具體作為與政策深度。而補充保險可以說是將民間保險與公共醫療保險相結合的一種新模式，這也等於是將公共契約與私法契約相結合的一種新嘗試。因此，廈門個案無論在理論上與經驗上都有其重要性存在。作者認為，由廈門個案切入不僅可以瞭解中國實施醫療改革的成敗關鍵，同時也可以瞭解國家、官僚、醫院與病人等在醫療改革過程中相互關係的變化，極富理論意涵。

就地理與經濟環境而言，廈門位於福建省南部海岸，與金門隔海相望，是中國自古有名的「僑鄉」，因此外移人口極多。但是由於海上交通便利，近年來的工商業極為發達，外資在此地設立極多的企業，因此也有不少外地青壯人口移居廈門工作。目前廈門市現轄有思明、開元、鼓浪嶼、湖裏、集美、杏林、同安七個區。其中廈門本島內的思明、開元、鼓浪嶼、湖裏四區以商業鬧區主；開元區以工廠區和新市區主；鼓浪嶼區；湖裏區則是新興的工業投資區。島外的集美區以農育主的著名僑鄉集美鎮；杏林區是已興安一區則是全市的農副產品基地和輕工業、食品行業的原料基地。

就當地的經濟條件而言，2001年，廈門市完成558.33億元，經濟總量比特區建設初期1981年的7.41億元增長了28.8倍，年平均遞增幅度18.5%，人均國內由81年的786元增加到了41111元，增長20.11倍，年平均遞增了16.47%。全市實現財政總收入也由1981年的1.91億元發展到2001年的110.50億元，增長了55.67倍，年平均遞增21.6%，其中，地方級財政收入65.31億元，占59.1%。20年間，全市職工年人均工資由原來的722元增加到16678元，增長了22.1倍，年平均遞增17.0%；城鎮居民人均可支配收入由482元增加到11365元，增長了22.6倍，年均遞增17.12%，人均消費性支出8490元，增長了17.86倍，年均遞增15.8%；農民人均純收入由264元增加到4425元，比1981年增長15.76倍，年均遞增15.14%，人均生活消費支出3281元。城鄉居民儲蓄存款年末餘額達262.23億元，儲蓄規模比1981年的1.45億元擴大了

179.85 倍。² 由上述資料與數據顯示，廈門市的經濟成長幅度相當迅速，同時在經濟水平上也是屬於較為富庶的城市。

根據 2001 年的統計資料顯示，全市總人口 8.99 萬人，其中非農業人口 62.75 萬人。勞動就業規模由 48.69 萬人擴大到 2001 年末的 106.44 萬人，其中，在崗職工 50.32 萬人，城鎮個體從業人員（含私營企業用工）14.79 萬人。從業結構：第一產業 4 萬人，第二產業 45.45 萬人，第三產業 37.94 萬人。2001 年末，全市參加養老保險企業 10411 戶，參保職工 39.67 萬人，其中包括超過 23 萬人的外來勞力。全年全市徵收基本養老保險基金超過 6.71 億元，徵收失業保險 5661 萬元、工傷保險費 5636 萬元，各項基金徵繳率均達 98%。正式實施城鎮職工基本醫療保險制度以來全市參保單位已有 7665 家，職工參保人數 38.38 萬人，覆蓋面達 83.75%，並確定了 67 家定點醫療機構。並首創以超過封頂線以上大額醫療費用的商業保險辦法，進一步推進失業人員及外來從業人員的醫療保險，辦理失業人員醫療保險 10,000 多人，外來人員基本醫療保險 60,000 人。到 2002 年時參加醫療保險職工達更高達 43 萬人，覆蓋面提高達 85%。對外來管理技術人員實行市民社會保險待遇。³

以上述數據來說，可以發現到廈門市在人口結構的最大特色，就是青壯勞工人口幾乎佔了總人口九成。在醫療保障制度的設計邏輯，就是去利用青壯人口所繳納的保費去支付年老與重症的醫療支出。如果一個地區青壯人口遠大於老年人口時，就代表了收入會遠超過支出；同理，如果一個地區是屬於老年人口遠多餘青壯人口的倒金字塔型人口結構時，則表示支出可能會超過收入，此時醫療保障基金就有破產或是難以為繼的可能。因此，「廈門市的醫療保障制度之所以能順利推動並有節餘，關鍵因素就是在於廈門市的國民平均所得較高，以及青壯人口佔了總人口的九成左右。」⁴

² 資料來源見 <http://www.xiamen.gov.cn/xminfo/shsy/default.asp?id=4&id2=25>。

³ 同上註。

⁴ 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源訪問談話。2002 年 1 月 23 於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

第一節 廈門市的醫療保障體制與制度選擇

廈門市的醫療保障制度在 1996 年以前，是以公費醫療與勞保醫療為主。1996 年，中國國務院確定廈門市職工醫療保障制度。廈門市委、市政府成立了廈門市職工醫療保障制度改革辦公室，作專負責調查測算、擬定方案和政策制定。1997 年 2 月份，福建省人民政府通過了廈門市的醫改方案，1997 年 3 月 30 日，廈門市人民政府頒佈了「廈門市職工醫療保險試行規定」，1997 年 7 月 1 日起，正式動險制度。後來廈門市政府針對醫改試點的缺失作了部分調整。於 1999 年 7 月 1 日廈門市人民政府頒佈了「廈門市城鎮職工基本醫療保險暫行規定」，廈門市醫療改革進入了新的階段。

2000 年醫保年度(1999 年 7 月 1 日—2000 年 6 月 30 日)共徵集各類醫療保險基金 37,377.51 萬元，支出 25,037.02 萬元，結餘 12,340.49 萬元。資金到位率為 99.07%。其中個人帳戶收入 20,164.98 萬元，支出 11,414.83 萬元，結餘 8,750.15 萬元；社會醫療統籌基金收入 14,745.86 萬元，支出 11,264.85 萬元，結餘 3,481.71 萬元。2000 年 7 月至 2000 年 12 月共徵繳各類職工醫療保險金約 19,654 萬元，資金到位率為 97.86%。全年徵繳各類醫療保險基金突破 4 億元。⁵

2003 年第三季的統計資料，已成長到有 468,800 名職工參保，其中在職職工 380,900 人，退休人員 66,956 人，離休人員 89,700 人。基本醫療基金收入 415,330,000 元人民幣，社會統籌基金的收入 154,000,000 元人民幣，積累甚為迅速。⁶

目前廈門市所實施的城鎮職工基本醫療保險制度，除了廈門市城鎮戶口的從業人員實行職工基本醫療保險，還有外來從業人員基本醫療保險，與失業人員基

⁵ <http://www.xiamen.gov.cn/xminfo/shsy/default.asp?id=4&id2=25>.

⁶ <http://www.xmldbzj.gov.cn/system/page/PG32447860835.htm>.

本醫療保險等三種制度。職工基本醫療保險保障的是基本醫療，廈門市規定了社會統籌醫療基金的最5萬元，超過4.5萬元限額採用商業補充醫療保險的辦法來解決。

目前廈門市所實施的基本醫療保險的體制在制度、費率的差別，見表6-1所列。

表6-1 廈門市基本醫療、失業醫療與外來人口醫療制度比較表

	基本醫療	失業人口醫療	外來人口醫療
適用人口	城鎮公民營企業職工；退休人員	失業人口	不在籍外來從業人員
費用繳納者	用人單位和職工共同繳納	失業人員	用人單位及其外來從業人員
費率比例	用人單位按8%的比例繳納；在職職工按2%的比例繳納(在職職工上年度的工資總額退休的人員不繳納保費)	以平均工資的60%數，按10%比例繳費	用人單位按4%的比例繳納；外來從業人員個人按2%的比例繳納，(以上年度全市職工平均工資60%為基數)
基金組成	按年齡段劃入個人醫療帳戶：35歲以下的按20%劃入；36歲至49歲的，按30%劃入；50歲以上的，按40%劃入；	無規定	個人繳納保險費劃入個人帳戶；用人單位繳納保險費按40%的比例劃入個人醫療帳戶；60%進入社會統籌醫療基金。

(本表由作者自行整理)

由上述表列，作者發現廈門市現行基本醫療體制共有下列特色：

(一) 目前廈門市的基本醫療保險的覆蓋率高。由於目前基本醫療保險範圍遍及外勞勞工、退休與失業勞工，因此就覆蓋率而言非常高。這在許多城市基本醫療都很少見。

(二) 年齡分段降低風險。由於年齡愈高在醫療費用支出的比例與可能性愈高，因此廈門市基本醫療體制的特色就是明顯按照年齡差異訂立不同個人帳戶

比例，年齡愈大個人自付比例愈高，以降低社會統籌之支出。

(三) 以補充保險降低社會統籌的風險與支出。由於社會統籌基金多半用於支付重大疾病，因此若無封頂線的設計可能有極大的耗損，而單有封頂線卻無救濟個人之途徑則又喪失醫療保險之意義。因此廈門市補充保險的設計可以有效降低社會統籌對重大疾病之支出，減少社會統籌耗損。

至於為何會選擇這樣的制度黃清源認為⁷

「完全是著眼於有利於社會統籌的積累。因為廈門市青壯人口多，不太有機會生大病或是慢性病。因此如果用板塊式的給付方式，可以有效降低大病統籌支出，同時小病也可充分使用個人帳戶。」

因此作者認為，一個地區醫療改革的制度選擇，必須根據當地的經濟條件、人口結構、城鄉差距、產業結構等因素綜合考量。如果制度設計不當，則可能會造成醫療保障基金的體制破產。

第二節 廈門市的「基金國家」與管理機制

2-1 費用的給付方式與個人掛鉤精神

目前廈門市的醫療保障基金，是由用人單位和職工繳納的基本醫療保險費所形成，基本醫療保險基金劃社會統籌中職工個人繳納的基本醫療保險費，全部劃入個人繳納的基本醫療保險費，按年齡段劃入個人醫療帳戶：35歲以下的按個人全年繳費的20%劃入；36歲至49歲的，按30%劃入；50歲以上的，按40

⁷ 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源訪問談話。2002年1月23日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

⁸ 見1999年7月1日廈門市人民政府所頒佈了『廈門市城鎮職工基本醫療保險暫行規定』第20條之規定。

%劃入；退休人員按本人上年度養老金或退休金總額的 8%劃入個人醫療帳戶。

⁹當參保人員死亡時，個人醫療帳戶結餘資金劃入合法繼承人的個人醫療帳戶；繼承人未參加基本醫療保險的，個人醫療帳戶結餘資金可一次性支付給繼承人；沒有合法繼承人的，個人醫療帳戶結餘資金劃入社會統籌醫療基金。¹⁰

在醫療費用的支出上，是採用類似深圳與海南的「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），該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。¹¹

目前廈門市的基本醫療體制規定，參保人員發生的醫療費用，先從個人醫療帳戶支付。個人醫療帳戶金額 3000 元 以 下 的 ， 用 完 00 元 的 ， 用 到 3000 元 止 ， 然 後 由 個 按 年 度 計 算 ， 自 付 金 額 全 市 職 工 平 均 工 資 的 8% ， 退 休 3%。個人醫療帳戶金額超過 3000 元 以 上 的 部 分 ， 可 用 於 抵 付 個 人 現 金 自 付 部 分 的 醫 療 費 用。個人現金自付後的醫療費用，由社會統籌醫療基金支付，但個人仍要負擔一定的比例。醫療費用在 5,000 元 以 下 的 部 分 ， 在 職 職 工 個 人 負 擔 15% ， 退 休 人 員 個 人 負 擔 7.5% ； 醫 療 費 用 在 5,000 元 以 上 10,000 元 以 下 的 部 分 ， 在 職 職 工 個 人 負 擔 8% ， 退 休 人 員 個 人 負 擔 4% ； 醫 療 費 用 在 10,000 元 以 上 的 部 分 ， 在 職 職 工 個 人 負 擔 5% ， 退 休 人 員 個 人 負 擔 2.5%。¹²

由上述做法可以發現，廈門市在基本醫療費用的給付上仍是採取與「個人掛鉤」的做法，來達到節約醫療資源的目的。這種與「個人掛鉤」的做法是否能夠達到有效降低醫療資源支出的目的，「廈門市職工醫療保障制度改革辦公室」常

⁹ 同上註第 21 條之規定。

¹⁰ 同上註第 26 條之規定。

¹¹ 黃清源也有類似的觀點。廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源訪問談話。2002 年 1 月 23 日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

¹² 同第 8 註第 27、28 條之規定。

務副主任黃清源表示：

「醫療費用的成長因素有很多，包括年齡結構的老化、外來人口的增減等都有可能，因此單純以醫療費用支出來看是否節約醫療資源並不準確。而實施與個人掛鉤的措施，最大的優點是心理層面的，也就是病患不會隨便去浪費醫療資源，進而能達到節約醫療資源的目的。」¹³

曾經做過相關調查研究的廈門大學社會系教授張友琴也指出：¹⁴

「個人掛鉤的做法從某個角度來說有點像是使用者付費，這種使用者付費的做法除了可以適度降低國家的負擔以外，最大的好處是在於能使病患產生某種心理壓力，摒除掉『吃皇糧』或是吃『大鍋飯』的心態，讓醫療資源能夠節約。」

因此作者發現中國在進行醫療改革時所採用的與「個人掛鉤」的思維，乃是希望能夠改變病患對於醫療資源使用的心態，從而能達到節約醫療資源之目的。若是從實證資料發現，廈門市實施醫療改革後醫療費用的確有下降的現象，特別是在第一、二級醫院造成了極為嚴重的衝擊。與醫改之前同期相比，廈門市第一醫院在 1997 年下半年的門診人數下降了 6.1%，廈門市第二醫院下降了 9.6%，第二級的開元醫院下降 50.5%，業務收入下降了 18.1%。第一級的集美衛生院情況更嚴重，1997 年 7 到 12 月與 1996 年同期相比，門診量下降 37.5%、收入減少 38%。¹⁵「廈門市職工醫療保障制度改革辦公室」政策法規處副處長張家雄認為：¹⁶

¹³ 「廈門市職工醫療保障制度改革辦公室」常務副主任黃清源訪談紀錄。2002 年 1 月 23 日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

¹⁴ 廈門大學社會系教授張友琴訪談紀錄。2002 年 1 月 25 日於廈門大學法學院會客室。

¹⁵ 見福建衛生年鑑 2000，頁 102。

¹⁶ 「廈門市職工醫療保障制度改革辦公室」政策法規處副處長張家雄訪談紀錄。2002 年 1 月 23 日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

「個人掛鉤的精神雖然能節約醫療資源的開支，但是這算是比較消極的做法，而且成效也甚難評估。若要有效降低醫療成本，還是要從醫藥市場與醫院的控制下手。長遠而言，還是要建立醫院間的相互競爭機制，才能一方面提昇醫院服務品質，一方面又能降低醫療成本。」

對於個人掛鉤的思路，張家雄肯定其做法正確，但是要發揮成效必須要能與當地的社會經濟條件相互配合。因為如果掛鉤的比例超過當地居民的平均收入與能力，可能會有反效果出現，導致當地居民珍惜個人帳戶，而使得小病成大病，反而耗損光統籌帳戶的額度。¹⁷這個看法與作者之前所提出的觀點，頗為一致。

目前廈門市的醫療保障費用的徵集上，主要是透過「行政收費」的方式進行。對拒繳、拖欠或少繳等遲延繳納基本醫療保險費的，由勞動保障行政部門向用人單位發出繳費通知書，並在一定期限內必須繳清基本醫療保險費；逾期仍不繳納的，從欠繳之日起按日加收滯納金，並對直接負責的主管人員和其他責任人員按照「社會保險費徵繳暫行條例」處罰。¹⁸由於是屬行政收費的形式，而非是以「社會保險稅」的方式進行徵繳；同時徵繳機關又是社會保險經辦機構，而非稅務機構，在拒繳的行政罰責上僅加徵滯納金，而非是透過稅務機關與法院清算財產，因此在法律的強制力上均比較為薄弱。至於目前廈門市基本醫療體制的覆蓋率與到位率高，同時也甚少拖欠醫療保險費的情事，黃清源認為其原因是

「由於廈門經濟發展進步幅度很大，人民平均所得逐年成長，因此在費用的徵集上到位率很高。而如果廈門市經濟衰退或是失業率高，則現行的費用徵集方式的缺點就會立刻顯現，廈門也有可能發生別的地市的基金徵集不足的問題。因此目前最妥善的方式還是朝向有法律基礎的社會保障稅方向前進，由稅務機關代

¹⁷ 同上註。

¹⁸ 見 1999 年 7 月 1 日所公佈之『廈門市城鎮職工醫療保險暫行規定』第 56 條之規定。

為收繳。但是現階段實施還有些困難沒有解決，因此只能夠以社會保險經辦機構收繳的方式來進行。」¹⁹

至於未來是否可能透過全國性的社會保障稅來徵收，黃清源認為

「除了受限於各地經濟社會條件發展不均，因此目前較為窒礙難行外，各地方政府是否願意透過中央政府徵收，也是要考量的問題。」²⁰

因為目前各地區的醫療保障基金的費率、徵收方式、徵收單位、管理機構等都是委由各地方政府訂定與執行之，因此形同各地方政府的特許權力，因此地方政府是否願意將政治與財政權力交出，則成為關鍵所在。

2-2 基金的管理與權責

廈門市基本醫療體制的運作，一如前述「基金國家」的原則，於1997年由當地政府以基金預算的方式建立「醫療保障基金」。同時在基金管理的體制上，秉持著「政事分開」之原則建立管理機制。而目前廈門市的醫療保險經辦機構（全稱「廈門市職工醫療保險管理中心」或簡稱「廈門市醫保中心」），則是直接受到廈門市醫改領導小組、廈門市醫改工作小組與廈門市醫改辦公室的監督與指揮。廈門市的基本醫療保險基金是由市財政部門、勞動保障行政部門負責對基本醫療保險基金的管理和監督。由審計部門負責對社會保險經辦機構的基本醫療保險基金收支情況和管理情況進行審計。²¹而社會保險經辦機構與定點醫療機構的權責則是實行醫療費用平均定額結算與向定點藥店結算藥品費用。²²此外，社會

¹⁹ 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源訪問談話。2002年1月23日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

²⁰ 同上註。

²¹ 見1999年7月1日所公佈之『廈門市城鎮職工醫療保險暫行規定』第44條之規定。

²² 同上註第45、46條之規定。

保險經辦機構也負責建立基本醫療保險基金預決算審批制度、財務會計制度和內部審計制度。社會保險經辦機構應在規定的時間內向市財政部門和市勞動保障行政部門報送基本醫療保險基金財務報表。²³而基本醫療保險基金監督組織是由人大代表、政協委員、市政府有關部門代表、用人單位代表、醫療機構代表、職工代表和有關專家共同組成，以定期檢查基本醫療保險基金的收支管理情況。²⁴(其管理機制見圖 6-1)

其中「廈門市職工醫療保險管理中心」經費是來自於同級財政部門的撥付，²⁵因此必須直接受到廈門市醫改辦的監督與管理；但是在人員編制上卻非在編的公務人員，而是以約聘僱的方式聘任之，²⁶因此在性質上是屬於半官方的機構。但由於「廈門市職工醫療保險管理中心」與負責監督的「廈門市職工醫療保障制度改革辦公室」都同在廈門市棧溪路的同一棟大樓辦公樓層，因此一般市民並無法由外觀上區分其為官方或是半官方之機構，以及雙方的隸屬關係。作者認為，若僅就外觀而言，「廈門市職工醫療保險管理中心」很容易給民眾一般官署的感覺，而非民營單位或是半官方單位。

在醫療保障基金的管理與徵收上，目前廈門市是透過由工商銀行以專戶的方式負責管理與徵收。在制度上，目前廈門市的醫療保障基金的徵收的法源依據，是以行政命令為之。²⁷在基金的管理權責上，共有三個單位負責：市勞動保障部門與財政部門可以透過社會保險經辦機構所送的財務報表進行審核監督，是屬於政府部門的監督；社會保險經辦機構的財政監督與預算審批，則是透過業務進行監督，性質上是透過半官方組織進行監督；至於基本醫療保險基金監督組織的組成，並不限於官方人員，因此在性質是屬於非官方（或是民間）的監督。換句話

²³ 同上註第 49 條之規定。

²⁴ 同上註第 48 條之規定。

²⁵ 同上註第 49 條之規定。

²⁶ 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室政策法規處副處長張家雄訪問談話。二〇〇二年一月二十三日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

²⁷ 見廈府（1998）綜 042 號字「廈門市行政事業性收費實行銀行代收制暫行辦法」之相關規定。

說，這樣的監督關係已經由過去的財政監督、行政監督與政治監督的關係，轉換成為由國家與私營部門合作的新監督關係與模式。

目前廈門市的醫療保障基金的孳息與管理，仍延續 1994 年所公佈財社會字（1994）第 59 號文件「財政部、勞動部關於印發『關於加強企業職工社會醫療保險基金投資管理的暫行規定』的通知」的精神，僅允許購買國家所發行的社會保險基金定向債券，並不允許作其他的轉投資或是消費性借貸。這樣的轉投資方式黃清源認為「雖然保守但是尚稱穩健，再加上目前廈門市經濟發展條件好，基金徵集到位率高，因此在基金營運上不會有問題出現。」至於是否有做出其他的借貸或是轉投資行為，黃清源表示「目前均依法辦理，也並無任何轉投資情事。」

²⁸至於實際情形如何，則由於欠缺進一步資料佐證，因此不得而知。

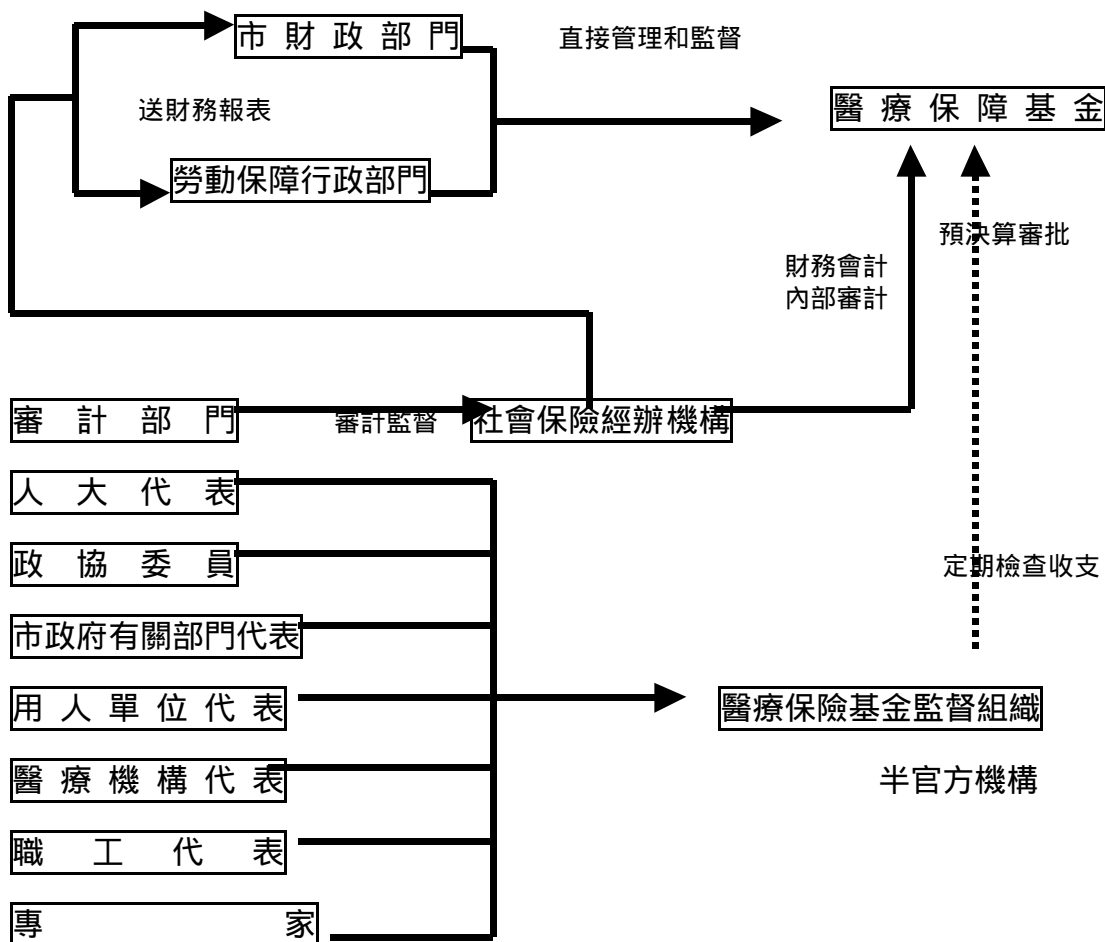


圖 6-1 廈門市醫療保障基金的監督管理機制

²⁸ 「廈門市職工醫療保障制度改革辦公室」常務副主任黃清源訪談紀錄。2002 年 1 月 23 日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

(本圖由作者自行整理)

2-3 權力關係的改變

在 1996 年實施基本醫療保障之前，廈門市一如其他城市，仍然是以公費醫療與勞保醫療為主。這兩種制度下的權力關係，一如前章所述是屬於一種中央集權的方式，同時各醫院不僅屬於下級派駐單位，在病人與醫生之間，也不具備有可選擇性。因此，若是由隸屬關係而言，是屬於一種上對下式的垂直隸屬關係。

但在現行基本醫療的體制下，廈門市轄區內依法開業與登記的醫療機構和藥店，均可向市勞動保障行政部門申請承辦基本醫療保險服務業務，經審查批准，頒發定點醫療機構和定點藥店資格證書。²⁹社會保險經辦機構並據此與定點醫療機構、定點藥店應簽訂基本醫療保險服務合同，明確雙方的責任、權利和義務。³⁰雖然每年社會保險經辦機構與勞動保障部門都必須對簽約的定點醫療機構進行年度檢查，以維護醫療服務品質。³¹同時醫療保障機構也必須執行國家、省、市衛生、市物價行政部門制定的診療技術規範與醫療服務的收費標準。³²換句話說，醫療機構與藥店和社會保險經辦機構之間的關係，已經與以往的垂直隸屬關係有著很大的不同，改為較為相對平行的「公法契約」關係。而社會保險經辦機構與勞動保障部門的服務品質檢查或訂立收費標準的做法，也並非過去上級單位對下級單位的隸屬關係，而是契約雙方對於財貨供給品質保證的一種行為，其目的在於契約執行質量與內容的保證。

除了與定點醫療機構與藥店的契約關係之外，廈門市社會保險經辦部門在舉辦補充醫療保險時，與負責辦理的國營「中國太平洋壽險公司廈門分公司」之間，也是架構在契約關係之上。在目前的體制上，職工醫療補充保險是以市醫保中心

²⁹ 見 1999 年 7 月 1 日所公佈之『廈門市城鎮職工醫療保險暫行規定』第 35 條之規定。

³⁰ 同上註第 36 條之規定。

³¹ 同上註第 37 條之規定。

³² 同上註第 38 條之規定。

作為投保人，每人每年由個人醫療帳戶中提取 18 元，社會統籌帳戶中提領 6 元，集體向「中國太平洋壽險公司廈門分公司」投保。參加職工醫療保險的職工為被保險人，一旦職工就醫時發生超過社會統籌醫療基金最高支付限額以上的費用時，先由本人暫行墊付後，再向保險公司索賠，由該公司負擔 90%，個人負擔 10%。由上述體制觀之，無論是社會保險經辦機構、參保職工、「中國太平洋壽險公司廈門分公司」之間的關係，已經不再是由過去韋伯式的官僚體制與隸屬關係所架構，而是由一種類似市場經濟型態的「契約關係」所架構。

對於這樣的權力關係改變，黃清源認為，其實「較於以往的上下隸屬關係更有效率，而且在責任與管理上也清楚許多。」³³另外，補充醫療保險之所以選擇「中國太平洋壽險公司廈門分公司」僅是「由於其在廈門市最具規模，同時又是國營企業，因此比較有保障。」³⁴而「未來如果有其他較大規模的國內外的保險公司在廈門設點，在與現行法令不牴觸的前提下，又能提供更為優厚的補充保險契約時，廈門市社會保險經辦機構也可能會選擇其他的保險公司進行補充醫療保險的投保。」³⁵，換句話說，廈門市的社會保險經辦機構有權與「中國太平洋壽險公司廈門分公司」終止補充醫療契約，或與其他保險公司另訂新契約。因此作者認為以廈門個案觀之，可以發現城鎮職工基本醫療體制實施後，不僅中央已經將權力下放到地方，由地方來自行治理；同時在權力關係上也有了變化，過去在中央與地方層級都是屬於韋伯式的官僚體制與權力關係，不同機關間的溝通是透過上下隸屬式的法律命令；但是現今中央在基本醫療體制僅有政策大方向建議權，如何實踐上則完全放權於地方實施。而地方政府在實施基本醫療體制時，無論是社會保險經辦機構與投保人間、社會保險經辦機構與醫院間、還是投保人與「中國太平洋壽險公司廈門分公司」之間，其所架構彼此間權利義務的都不再是法律關係，而是類似市場經濟的「契約關係」，這些情況與治理理論中所提出的

³³ 廈門市職工醫療保障制度改革辦公室常務副主任黃清源訪問談話。2002 年 1 月 23 日於廈門市職工醫療保障制度改革辦公室。

³⁴ 同上註。

³⁵ 同上註。

「權力分散」、「合同包工」、「國家與私營部門合作」的概念，甚為類似。

第三節 廈門市的醫療職能範圍與醫院

3-1 廈門市的藥品市場管理

廈門市僅是福建省的一市，因此對於醫療職能範圍的干預性措施必須由福建省全省性的措施方能進行觀察。在 1994 以前，福建省的醫藥市場一如其他省份，充滿的假藥與價格上的混亂，產生了許多社會問題。在 1994 年的文件中³⁶確認省衛生局擁有核發製劑許可證、藥品經營企業許可證、藥品生產企業許可證的權力後，福建衛生局乃於 1994 年正式開始整頓福建的醫藥市場。到 1998 年，福建省衛生局更下令貫徹「藥品管理法」，其目的在於嚴厲打擊製售假劣藥品、對藥品生產、經營進行全面監督管理與生產質量管理規範」論證制度等方面進行干預性的措施。據官方統計，截至 1998 年全省各級衛生行政部門查處不合格藥品 4600 多種次，標值 80 多萬元人民幣，罰款金額 100 多萬元；各級藥檢所檢驗藥品 15499 件，總合 84.7%；核發藥品生產企業許可證 6 家，藥品經營企業許可證 13 家，醫院製劑許可證 6 家；核發藥品生產批發企業許可證 1 個，審批新藥 25 種，審批藥品廣告 300 多種；3 家藥品生產業通過國家藥品 GMP 認證。³⁷

此外，福建省政府為加強醫療單位製劑和特殊藥品的管理。乃要求各級衛生行政部門要求按照衛生部「關於加強醫療單位配製製劑的監督管理通知」，對擅自配製製劑與銷售的商家，依法進行查處，情節嚴重的吊銷「製劑許可證」。而該項醫藥市場的查核措施，是由省衛生廳藥政處直接組織查處，並根據情節依法

³⁶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』。

³⁷見福建衛生年鑑 2000，頁 103。

做出沒收違法所得，處以罰款或撤銷藥品生產批准文號³⁸。在藥品品種整頓及廣告審批管理上，1998年福建省衛生廳按照「藥品廣告審查辦法」的要求，針對全省350種藥品廣告進行審批與監督管理。對藥品生產企業實施的管理上，同年6月省衛生廳根據「藥品管理法」及按照衛生部頒發GMP的認證要求，省衛生廳督促GMP實施檢查，有天安製藥（廈門）有限公司等多家公司通過查核。

在新藥開發研製及審評上，同年省新藥審評辦公室共組織審評新藥27個，其中12種上報衛生部申請生產；上13種；衛生部已批准生產有種。同年在藥品檢驗上，廈門市藥檢所檢驗藥品1735件，合格率90.9%。

而除了省衛生局的查核外，廈門市人民政府也在省衛生局的指揮與要求下，配合針對轄區內藥品生產、經營、審批藥品經營、零售企業申請驗收辦理「許可證」34家，審批醫院製劑73種。查處假劣藥案105起，銷毀假劣藥品483種次，價值190,029元。市藥品檢驗所完成檢品2,027件，其中國內檢品1,225件，進口檢品604件，諮詢檢品198件。

為加大了對藥品市場的監督檢查規模，廈門市衛生局與各相關單位還針對全市藥品生產、經營企業、各大醫院的醫藥購銷情況進行是否具備「三證」和超範圍經營、對醫療衛生單位的購銷情況和採購中存在的問題清查。截至2000年為止已完成40家醫療單位和82家供藥單位（廈門市27家、外地55家、市屬廠家直銷38家）。另外則是與廈門市物價局等單位先後兩次對市屬各醫療單位、各藥品經銷單位和私立診所、藥店進行了藥品價格專項檢查，查處了一批違反衛生行政法規的案件。據統計，到1999年12月底，共立案51起，結案49起，取締違法經營點4個，沒收違法所得322萬元，罰款總額達321.4萬元，已收繳21.57萬元，共分2次銷毀了標值45.7萬元的假劣藥品、商品。³⁹

³⁸ 同上註。

³⁹ 同上註。

整頓醫療市場算是相當雷厲風行。

因此由上述的發展歷史觀之，作者認為由福建省的查處措施可以發現 1994 年以後對於醫藥市場的查核與管理，省級衛生部門實居於關鍵的角色。此時中央衛生部僅做出政策性與原則性的宣示，退居第二線的角色。廈門市等地方政府，僅能在省級單位的指揮與要求之下進行查處工作，本身並無任何主導性可言。

其次就是省級衛生部門對於醫藥市場的整頓性措施而言，大致存在著幾方面：第一是針對製售假藥；第二是控制醫藥品質；第三是審批新藥上市；第四是審批藥品價格。這四大措施可以說同時控制了市場機制中的供需兩方面、價格機制與藥品品質等多方面。由上述措施觀之，廈門市的醫藥市場的性質，是屬於計畫性經濟之體質殆無疑問。

3-2 醫療改革對廈門市醫院的影響與改變

廈門市的醫療機構一如其他城市的醫院，也是歷經多個階段的演進與變革。廈門市的醫院在 1980 年代以前不僅談不上所謂的經濟管理，而且在各級醫院的管理上所存在著「條條塊塊」的現象，也讓管理上頗沒效率。在 1980 年之後依照中央文件指示實施「五定」與「全額管理、定額補助、結餘留用」的制度，⁴⁰在財務管理上也實施以季度會計報表與預決算制度，並設置獨立的會計機構進行財務監督⁴¹等措施之後，廈門市的醫院管理開始步入了現代化與制度化。

在 1988 年所公佈的「醫院財務管理辦法」與「醫院會計制度」之後，廈門市醫院財務管理實行「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

⁴⁰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。

⁴¹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」。

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。整體來說廈門市的各級醫院在1990年以前初步完成「經濟管理」的目標。

廈門市政府並在1989年按照區域衛生規劃，將醫院分為三級管理：由表6-2可以發現第三級的為規模最大的教學醫院，直屬中央衛生部管轄；第二級為區域醫療中心，屬省衛生局管轄；第一級則為地方初級衛生院所。其中第一醫院，中山醫院，市中醫院，174醫院一方面為負責全市的醫療衛生的最後一道防線，也是屬於當地規模最大的醫院。

在公立醫院的內部運行機制與管理而言，還採用公開競爭、擇優聘任的方式選擇院長，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。這些制度對於醫院內部管理而言，黃德良認為對節約醫療成本的開支，有很大的助益。黃德良指出：⁴²

「由於實施了院長目標責任制與崗位責任制，一方面讓幹部與管理者有目標可以依循，另一方面也可以訂立管理目標，要求醫療人員期限內達成，這可以讓工作更有效率且負責任，不僅提高了素質，同時也可以屏除不負責任的心態。」

對於在1990年之前實施的院長目標責任與崗位責任制能節約多少醫療資源的消耗，黃德良表示目前並無確實統計數字可以證明。「但是目標達成率提高，人員與工作素質提高，群眾普遍更為滿意。」⁴³則是一個可以觀察的客觀事實。而對於經濟管理的技術，黃德良也承認還有「學習與改良的空間」，而最有效且直接的刺激，黃德良認為長庚廈門醫院的建立將會是一個重要因素。黃德良指出：⁴⁴

⁴²廈門市第一醫院黨委副書記黃德良訪問談話。2002年月25日於廈門市第一醫院會客室。

⁴³同上註。

⁴⁴同上註。

「長庚廈門醫院挾著技術、資金與管理技術的優勢進入廈門，一定會給現在廈門市各醫院帶來強烈衝擊，特別是第三級的醫院。可以想見的是它很有可能會吸引去大量的病患，造成我們的經營壓力。屆時許多在經營上或是管理上的問題，就必須攤到陽光下去面對與處理。當然這也會有好處，就是會加快改革與學習的步伐。」

廈門市自 1996 年推動醫療改革措施後，陸續新建、擴建了市中山醫院、湖裏醫院、海滄醫院、國際眼科中心、中心血站、市第一醫院、市中醫院、廈門心血管研究中心、急救中心等醫療衛生機構。至 2000 年，官方統計廈門市共有各類醫療衛生機構 583 個，其中醫院 22 家，擁有病床 5493 張；衛生機構從業人員達 7791 人，其中衛生技術人員 7054 人，擁有主治工程師以上技術職稱的人數達 1858 人；全市農村 284 個自然村，設有醫療點 333 個，擁有鄉村醫生和衛生員 876 人，有 93 個村實行合作醫療或醫療保險。⁴⁵

整體而言，作者由二級醫院的設置幾乎與行政區重複，可以大致發現廈門市的醫療機構可以屬於一個經過官方刻意規劃的寡占市場。（見表 6-2）其目的在於醫療資源能夠達到妥善配置之目的，但是這樣的做法對於醫院的進步是一大障礙。因為這種區域衛生規劃的情況就是保證了各級醫院的生存，也等於間接加深了醫院內部員工「吃皇糧」的心態。對三級醫院的領導階層而言，目前可能最大的衝擊來源，就是長庚醫院廈門分院的建立。廈門市第一醫院黨委副書記黃德良坦承：「如果廈門長庚醫院一旦設置，我們面臨改革的壓力將會比以往大上許多」⁴⁶

⁴⁵ 見福建衛生年鑑 2000，頁 104。

⁴⁶ 廈門市第一醫院黨委副書記黃德良訪問談話。2002 年 1 月 25 日於廈門市第一醫院會客室。

表 6-2 廈門市衛生局所轄屬醫療衛生單位

級 別	醫 院 名 稱
三級醫院	第一醫院，中山醫院，市中醫院，174 醫院
二級醫院	第二醫院（含肺科），集美醫院，杏林醫院，湖裏醫院，仙嶽醫院，海滄醫院，口腔醫院，第一門診部，市婦幼保健院，開元區醫院，開元眼科醫院，思明區醫院，思明區中醫骨傷醫院，同安區醫院，同安同民醫院，同安區中醫院
一級醫院與達標準之醫療機構	市醫藥研究所，同安區婦幼保健院，禾山衛生院，灌口衛生院，杏林東孚衛生院，大嶝衛生院，新店衛生院，內厝衛生院，蓮花衛生院，鼓浪嶼衛生院，洪塘衛生院，大同衛生院，馬巷衛生院，新圩衛生院，後溪衛生院，松柏醫院門診部
門診部與衛生所	華倫公司門診部，市政工程局門診部，省四建門診部，土地房管局門診部，廈航門診部，機場門診部，港務集團門診部，公交公司衛生所，特運公司衛生所，輪船總公司衛生所，工程廠衛生所，捲煙廠衛生所，郵電衛生所，三航六公司衛生所，家庭醫療保健所

資料來源：<http://www.xmhealth.gov.cn/zxwy/ylibx.asp>

了改革廈門市社會醫療機構中部分存在就醫等種種問題，1998年廈門市衛生局成立了社會醫療機構清理整頓小組，擬定了「關於社會醫療機構清理整頓方案」。截止1998年底，共出動874人次，對全市447家診所及門診部，檢查803次，其中合格392家，合格率87.69%，不合格55家，要求限期整改，整改合格核發診所執照。取締無證遊醫藥販157家。1998年，全市開展了以清查「克菌」、「菌必查出多家醫院藥品回扣總金額38.5萬元，上交回扣總金額36.7萬元。⁴⁷在2001年時則依法查處違反現行衛生法律法規的行為，共立案59起，當場處罰47起，沒收假劣藥品、保健品150萬元，沒收違法所得21.1萬元，罰款53.08萬元。⁴⁸廈門市政府為了從根本上解決藥品購銷中的積極開展了藥品統一招標，由三類藥開始逐步擴大的招投標辦法，擬定方案並呈

⁴⁷ <http://www.fjphb.gov.cn/nj/dsxws/xm.htm>.

⁴⁸ <http://www.xiamen.gov.cn/xminfo/shsy/default.asp?id=4&id2=22>.

報市政府審批。

1998 年廈門市政府為了實行醫院藥品採購統一招標，相繼公佈了「廈門市醫療機構藥品採購統一招標暫行辦法」，以及 5 個配套文件，並成立了相關的機構，確定首先對抗生素、抗腫瘤藥品和生物製品三大類 200 多個品種的藥品進行招標採購。1999 年 9 月 13 日透過新聞媒體發佈了第一期招標公告，10 月 15 日舉行了第一期招標會，共有 23 家投標單位的投標文件符合要求，進入招標程式。10 月 19 日在市紀委、市監察局等官員擔任評標監督員的監督下，評標小組進行了評標。結果有 11 種藥品的 25 個不同劑型規格中標。中標藥品的原批發價與現中標價對比，平均下降 34.77%，其中降幅最大的 78%。此後又進行了 2 次招標，共有 66 種藥品的 143 種不同劑型規格通過招標採購，平均降價 35.68%，個別品種的降幅甚至達到 88.79%。⁴⁹在 2001 年時年組織了 11 次藥品招投標，共有 2 244 個不同規格和劑型的藥品參加競標，有 276 種的 614 個不同劑型、規格的藥品中標。其中進口、進口分裝、GMP 認證或達標藥品占中標總數的 58.33%，中標藥品價格與原批發價格相比，平均降幅達 30.15%，從招標藥品使用中減少患者支出超過 2 000 萬元。⁵⁰因此作者認為，以廈門市個案的經驗，可以證明透過公開招標的方式購藥，可以有效降低醫藥上的開支。

除了透過公開招標的方式降低醫院的營運成本以外，在服務品質上廈門市政府也在 1998 年建立了「醫療機構作風監督機制」以進行查核。廈門市衛生局聘請了市人大代表、政協委員、工會、新聞單位等代表組成的衛生行業作風監督員，以深入醫療衛生單位檢查。同安、思明、開元、湖裏等區也成立了行風督查隊，聘請了社會監督員進行本地區醫療機構的查核，以確立該地區的醫療服務品質。

1999 年廈門市政府正式下發「廈門市基本醫療質量管理制度」、「廈門市醫療系統醫療質量管理實施意見」，詳細規定了醫療質量管理原則、47 項醫療質量控制指標和四級醫療質量控制層次。廈門市政府並成立了「廈門市醫療系統醫療

⁴⁹ 同前第 46 註。

⁵⁰ 同前第 48 註。

質量控制委員會」，下設 21 個小組，以進行醫療質量督導。廈門市衛生局的組織推廣衛生部並對各級醫院推動「診療常規」、「操作規範」，同時還對全市各級各類醫療機構院內感染管理工作狀況進行深入調查是否貫染的發生，調整了「廈門市醫院感染管理委員會」成員，下發「衛生院、診所醫源感染管理制度、控制措施及幾項規定的通知」，培訓管理人員 93 人。⁵¹

雖然有了一連串的服務品質控管措施，但是由於欠缺外在的刺激誘因，因此效果仍然有限。但是這些醫療改革措施還是對於廈門市各級醫院內部的管理階層還是造成了一定程度的影響與改變。首先，各醫療機構了積極適度改革，成立了由院領導、財務科、醫務科、護理部、藥械科等職能部門組成的「醫療保險制度改革領導小組」，以進行醫院內部管理上的改革。醫療保險制度改革對醫院內部管理上最大的改變，就是促使醫院經營管理由粗放經營向規範型經營轉化，醫務人員加強了成本意識。醫院資訊系統電腦化初步實現，並設立了遠端會診互聯網系統。醫療保險制度改革使得患者得以自由選擇就診醫院，促使各醫院積極改善服務態度、就診環境和醫療質量，以吸引參保職工就醫。例如廈門市第一醫院、中山醫院就採用了較先進的多媒體就椅。⁵²

此外廈門市各級醫院也相應配合推動「一切以病人中心，創務」的活動，以加強醫療護理服務的標準化、規範化、科學化管理為目標。其中第一醫院、中山醫院制訂匯總了詳盡的管理規章和醫療護理操作規程，算是廈門市的先例與創舉。

1999 年廈門市政府為進一步加強對醫療機構的管理，規範管理標準。制定了「廈門市社會醫療機構檢查驗收評分標準」等 5 個標準，要求各社會醫療機構在服裝、發票、日誌、處方、病歷、疾病證明、收費標準、亮證經營上等事務上進行統一，以達到規格化與一致化的品質要求。廈門市政府同時還組織檢查各級

⁵¹ 同上註。

⁵² 見福建衛生年鑑 2000，頁 104。

醫療機構 800 多家次，糾正違反 150 多起，取締無證醫藥販 157 家次。有 430 家社會醫療機構通過驗收而領到新證。⁵³

除了查核措施外，在 1999 年廈門市政府還制定了「1999 年廈門市衛生系統行業作風建設綜合滿意度測評表」，共有 17 項 166 條，量化考試標準，使各醫療單位能有量化標準進行考核。同年 5 月 20 日，成立了「廈門市衛生局投訴中心」，主要負責接受群有關涉及醫療衛生舉報、12 月底共接受舉報投訴 1115 件，已處理 1103 件，處理率達 98.9%。⁵⁴

廈門市政府為有效運用區域衛生規劃。在人事制度方面，市中山醫院推行了以定編、定崗、定責核心的人事用工改革，第一醫院則積極學習「清遠」經驗，穩妥推進院科兩級核算改革，制定了「廈門市第一醫院優質、高效、低耗管理方案」，以及相關配套規定，從 1999 年 10 月 1 日實行。

到 2003 年時更積極推進醫療機構屬地化管理，企圖突破隸屬關係，打破條塊分割的局面，對重複建設、效率欠佳的醫院和衛生機構進行調整、撤併、改制、改組，結合企業改革分離企事業內設醫療機構，走社會化的道路，也可轉為社區衛生服務機構。此外也全面推進醫療衛生單位人事和分配制度改革。市屬三級醫院實行全員聘任制，市屬二級醫院實行人事代理制度，逐步建立起科學、高效、充滿活力的醫療機構內部管理體制和運行機制的新框架；各醫療衛生單位要以市場為導向，加大改革力度，突破醫療機構內部改革的瓶頸，架構富有活力和競爭力的用人和分配新機制；全面推行醫療衛生單位後勤服務社會化。廈門市政府甚至要求在 2003 年完成在市第一醫院、中山醫院檢驗科引入 ISO9001 品質管制體系的試點工作，取得經驗後逐步推廣。⁵⁵

以第一醫院目前而言，由於是屬於第三級的醫院，因此在醫療設備上相較於

⁵³ 同上註。

⁵⁴ 同上註。

⁵⁵ 「廈門市衛生局 2003 年工作要點」，資料來源見 http://www.xmhealth.gov.cn/xinwen/health_info.asp?id=409。

第二級與第一級醫院要好上許多，同時過去病患的口碑也佳，因此基於比較利益的關係，在基本醫療體制推動病患可以選擇醫生的制度後，在營業成績與收入上反而較過去更為成長。而第一醫院經過一連串的内部管理改革措施，雖使醫院服務品質有所提昇，但是第一醫院目前在内部管理上仍有許多問題存在，這些問題的解決之道，關鍵還是在於外來的刺激。黃德良認為目前第一醫院存在的問題大致有幾方面：⁵⁶

「第一、就是員工的心態還沒有完全調整。雖然中央與省都三令五申要求以服務或是顧客導向，但是由於過去完全沒有經驗，因此在這方面進步上十分有限，與國外的私人醫院完全不能相比。」

「第二、目前在内部管理體制上雖然是採用財務管理制度與收支兩條線的辦法管理，但是僅能算是初步的制度化管理。距離國外醫院的經營方式距離仍大，但是不可否認的式這樣的經營管理方式已經給第一醫院增加了許多的收入，也節約了許多不必要的開支。」

「第三、以藥養醫的問題仍然嚴重，目前醫藥成本支出最大的部分就是不當的用藥。由於醫生指定特殊用藥可以同時受惠醫生、醫院與藥商三方面，受損的唯有國家與統籌基金，因此在這方面極難管制與管理。到目前也沒有一套完善的解決之道，只能用道德勸說等方式進行。目前公開招標的方式雖然比起以往效果要好上許多，但是改善的空間。」

由黃德良的訪談中可以發現到 2002 年以前的醫院領導階層，對於醫院内部管理仍有許多力不從心之所在。其次，他們認為要改善廈門市醫院的管理，長庚醫院廈門分院的設立可以造成直接且明顯立即的影響。其原因就在於廈門長庚醫院挾著設備與技術的優勢，可以對三級醫院的病患產生排擠的效果，讓三級醫院

⁵⁶廈門市第一醫院黨委副書記黃德良訪問談話。2002 年 1 月 25 日於廈門市第一醫院會客室。

的經營因盈虧無法平衡而產生危機感，加深彼此間的競爭關係，以此來刺激醫院領導階層進行推動更進一步的改革措施。

除了第一醫院以外，作者在田野調查期間因為眼角膜破裂也曾赴中山醫院就醫，對中山醫院的醫療服務品質與動線規劃也有一定的觀察。例如：中山醫院在 1999 年以後為改善醫療服務品質，在大廳設立了志工服務員的崗位，為對醫院所屬診間不熟悉的病患進行道路指引的服務性工作。由於作者就診時間適逢週日，除門口門衛保安以外，並無任何服務人員提供指引與服務。

其次，在門口保安的指引之下，作者發現中山醫院的醫療動線安排極為不便患者就診。例如掛號處位於醫療大樓外 20 公尺的獨立屋，醫療大樓診間的門牌標示也不夠清楚。作者所就診的眼科門診間與領藥間不但在不同樓層，同時也相距達 20 公尺以上。因此整體說來中山醫院的醫療動線安排並非是直線式的最短路徑安排，而是以各部門本位主義與便利性為主要考量。作者認為若是患者第一次就診，極有可能耗費許多時間在相關診間位置的找尋。

第三、在服務品質上也是有待提昇。作者在經醫生診治後，醫生告訴作者若要敷藥必須先至樓下醫院藥局購藥後，再回到診間由醫師進行敷藥的工作，而在診療間並無任何藥品可供患者敷抹。這樣的診療動線安排不僅不利患者，在醫療服務的品質上也確實有再改善的空間。關於類似醫療動線安排不夠人性化的問題，黃德良坦承第一醫院也有類似的問題存在，但是由於各部門的本位主義太重，因此短期內尚難有改變之可能。若要有所改變，必須要醫院整體體質再做改變，朝向營利化的目標前進方有可能，或是參考長庚廈門醫院的動線設計，做為改良的準據。⁵⁷

因此由廈門市醫院內部管理改革的經驗可以發現到，醫院在 1996 年推動基本醫療後的改變，是希望能引進具有「管理主義」精神的措施，來增進管理效率。其中包括了醫療服務規格化一致化、醫療服務質量的評量等措施，來進行內部管

⁵⁷廈門市第一醫院黨委副書記黃德良訪問談話。2002 年 1 月 25 日於廈門市第一醫院會客室。

理上的提昇。其間雖有所成效但是步調仍顯緩慢，其關鍵原因就是在於欠缺外在誘因。再加上各級醫院在醫療病患上不虞匱乏，等於間接保證了經濟收益的穩定，因此更降低了改善管理品質上的誘因。

其次，廈門市政府自 1996 年之後對於醫藥市場的整頓與管理，也有助於醫療成本與不當回扣的取得。其中除更有效管理與打擊市場上的假藥之外，另外公開招標的方式更是明顯降低醫院的購藥成本，這對醫藥成本在整體醫療支出中比例的降低，有絕對的作用與影響。

第四節 本章小結

一如前述，治理理論的特徵在於不再是監督，而是合同包工；治理不再是中央集權，而是權力分散；治理不再是由國家進行再分配，而是國家只負責管理；治理不再是行政部門的單一事務，而是根據市場原則的管理；治理不再是由國家「指導」，而是由國家與私營部門合作。（Francois-Xavier Merrien, 1998: 57-60）這些特徵在廈門個案中都有逐漸浮現，因此由廈門個案中很容易發現到醫療改革的種種措施，的確是一種「新治理模式」的努力與嘗試。

由廈門個案中可以發現到中共政府所謂引進具有「管理主義」精神的措施，或是類似「市場機制」的措施包括了：個人掛鉤的精神、使用者付費、藥品的藥品市場的強制性競標、契約精神、病患選擇醫院與醫師權、有限度競爭等，這些經過政府精心設計與選擇的類似「市場機制」措施，都或多或少的達成了降低醫療成本之目的。但是這些措施僅能在各自的領域中片段的發生作用，卻無法能夠有效的連結相輔相成發揮集體的作用，其原因實與欠缺完整的外在的市場機制大環境有著重要的關係。

另外由廈門個案中也可以發現到，這些「新治理模式」之所以進展略有遲緩，可以由醫院領導階層對於醫院管理的進步幅度不甚滿意略見端倪。也就是說如果長庚醫院廈門分院完成並營運，將會加深了各醫院之間的競爭性，打破了第三級

醫院寡占市場之局面，對於廈門市醫療改革與醫院管理的推動將會有更進一步的影響。這種基於市場競爭特質而產生的種種供需與價格調節的機制，或許才是中國在下一步思考改革過程中最強大動力的來源。

其實整個治理機制的思維，無非就是透過引進市場機制進行新的行政管理革命。作者從廈門個案中發現，一個成功的治理模式建立，首先必須去考量它的社會經濟條件是否成熟。因為如果沒有成熟的社會經濟條件作為基礎，可能很快就會因為後繼無力而失敗。其次是引進的措施是否能夠配套。由廈門個案中發現，這些所引進的具有管理主義精神的機制雖然能在各自領域奏功，但卻由於欠缺外在醫院競爭的因素而打折扣。足見一個成功的改革措施必須環環相扣，不能各自為政。由廈門在 2003 年醫院的改革的措施與目標看來（例如 ISO 的認證），廈門極有可能是為開放外資進入醫療市場做準備。作者認為，開放具有競爭力的外資醫院進入大陸的醫療市場不僅將會激化治理改革，同時原先的許多措施也將會逐漸整合配套，更進而加深改革的深度與力道。

作者認為廈門個案雖然不具備全中國代表性，卻非常有資格作為沿海成功都市的典範。作者認為由廈門經驗的考察，可以發現到醫療改革的關鍵在於受保者的人口年齡結構，以及當地的經濟條件。也就是說，青壯人口多代表醫療耗損少與資金積累容易；經濟條件佳則代表徵收稅費達成率高。健力在此二基礎下的醫療改革措施，成功機率較高。相對的不具備此二條件的城市，往往在實踐經驗上就會困難重重。這或許可以解釋為何中國的基本醫療體制始終僅存在沿海的城鎮或是內陸的大都市中，而無法普及全中國的因素。