

國立政治大學東亞研究所

碩士論文

中國醫療體制改革之研究

A Study on Medical Institution Reform of China



指導教授：康榮寶 博士

研究生：蔡文佩

中華民國九十九年七月

謝辭

天何所沓 十二焉分 日月安屬 列星安陳
何闔而晦 何開而明 角宿未旦 曜靈安藏

屈原 〈天問〉

疑惑，是人與生俱來的本能。從剛能發出幾聲單音節開始，「啊？」小小的手指朝前，「呀？」清澈的眼睛發亮，人，開始問問題。

由於對宇宙自然的提問到人文社會的好奇，人發展出種種解疑答惑的辦法。無論是開展科學量測、回溯經史古籍、鑽研天文物理、行遍洪荒大地、請教良師益友、甚至求神問卜…為了「得道」，以有限之生命做無限之追尋。

那麼「得道」之後，又該如何？為了智慧能結晶、經驗得傳承，需得把此「道」利用文字、圖畫、口傳、影音等媒介保存下來，以感謝前人庇蔭；以提供後人參考。

論文，就是這樣一個發揮人本能的過程。問了問題，解答之；問了問題，無法解答之，都是人一步一步走向前，一點一點靠近未知所盡的努力。這樣的過程，很孤獨，有時候，還很寂寞。但是，每當孤獨寂寞到覺得自己下一秒就要倒下的時候，溫暖的簡訊傳來了，鼓勵的電話鈴聲響起了，無論在不在身邊，可愛可親的人總是那麼多，「不要輕言放棄！」。

據說，看似枯草的沙漠玫瑰，只要放在清水中八天，就能恢復綠意盎然。但是一離開清水，又會慢慢枯萎。濃綠枯黃、枯黃濃綠，如此週而復始，死又復生的過程，大概就是寫作論文的最佳註腳了。

謝謝所有在我面對浩瀚星空，兀自發出天問的無比脆弱的時刻，及時成為我清水的人。謝謝你們。

蔡文佩 居大不易

2010年7月

中國醫療體制改革之研究

摘要

中國醫療體制改革始自 1980 年代，由於正值計畫經濟向市場經濟轉型之際，醫療領域引進市場機制，而政府財政投入逐漸退出。但是醫療領域存在資訊不對稱等外部性，市場化的結果導致藥費飆漲、醫療質量低下、醫療保障不足等患者「看病難、看病貴」現象。

為解決上述問題，政府遂制訂一連串干預手段，卻由於法規不健全、配套措施不夠完善，導致政府失靈。2003 年 SARS 事件爆發後，中國官方首度承認醫改失敗，也開啓醫改領域中「政府主導」或「市場主導」兩派之爭，至今尚未定論。2009 年，中國國務院進一步推出「新醫改方案」，雖只是綱領性文件，卻因主導未來醫改而備受注目。

本研究基於以上醫改背景分五部分探討中國醫療體制改革。第一部份，藉由釐清醫療市場不同於一般商品市場的特殊性，說明其市場失靈與政府失靈之因；其次，從基層醫療衛生體系、醫療保障體制、藥品流通機制與公立醫院等層面，探討在不同階段的中國醫改歷程中，所遇到的難題與相應政策；第三，接續前一部份的醫改分層討論，剖析中國醫療體制現況與新醫改方案公布後的醫改發展，第四，分陳市場與政府在醫改領域中的角力；最後，提出政策建議。

關鍵詞：新醫改方案、醫療改革、政府主導、市場機制

目次

第一章 緒論	1
第一節、研究背景.....	1
第二節、研究動機與目的.....	6
第三節、研究方法、途徑與限制.....	9
第四節、研究範圍, 研究流程及架構.....	11
第五節、預期成果.....	14
第二章 文獻回顧	15
第一節、醫療市場特性及相關理論.....	15
第二節、中國大陸醫療體制改革相關研究.....	18
第三節、中國醫療改革中的市場機制與政府主導.....	20
第三章 中國大陸醫療改革史	27
第一節、中國大陸醫療改革歷史進程.....	27
第二節、中國醫療保障體制改革.....	37
第三節、中國藥品流通制度改革.....	42
第四章 中國大陸現行之醫療體制	47
第一節、中國基層醫療衛生結構與現況.....	47

第二節、中國公私立醫院體系現況.....	50
第三節、中國醫療保障體制現況.....	53
第四節、中國藥品流通體制現況.....	57
第五章、中國「新醫改」現狀與困境：「政府」與「市場」 之角力	61
第一節、新醫改方案的改革重點與創新之處.....	61
第二節、「政府主導」派 vs. 「市場主導派」之爭論.....	66
第三節、有管理的競爭：政府和市場在醫改領域的結合.....	69
第六章 結論與建議.....	72
第一節、研究發現.....	72
第二節、研究建議.....	75
參考文獻：	77
附錄：中國醫療體制改革重要大事紀.....	83

圖次

圖 1：中國 1990~2007 年每人每次門診平均費用.....	5
圖 2：本研究流程圖.....	13
圖 3：2002~2009 年間，中國參加城鎮醫療保險人數的變化.....	40
圖 4：中國藥品流通體系.....	43
圖 5：1950 年至今，中國衛生機構數量變化.....	48
圖 6：中國醫療體系基本結構.....	50
圖 7：2006 年，中國與部分國家人均醫療衛生費用比較.....	67



表次

表 1：2006~2008 年，以市轄區為例，中國新型農村合作醫療的籌資比例說明	41
表 2：2008~2009 年，中國衛生人員數（萬人）	49
表 3：2001 年中國部分城市醫療機構、床位數、醫院數統計	51
表 4：2008 年中國政府興辦醫療機構之收入與支出一覽	52
表 5：2003 年與 2008 年，中國居民社會醫療保險構成一覽(%)	54
表 6：中國 2004~2008 年與分區域鎮居民和職工基本醫療保險情況	54
表 7：2004~2009 年，中國新型農村合作醫療情況	55
表 8：中國 2005~2008 年與分區域鄉醫療救助體系發展	56
表 9：2008~2009 年，中國醫療機構門診和住院病人人均醫藥費用	58
表 10：2008~2009 年，中國不同級別綜合醫院門診和住院病人人均醫藥費用	59
表 11：1978~1993 年，中國公立醫療機構經費來源一覽	62

第一章 緒論

第一節、研究背景

2003 年 SARS 事件爆發，凸顯中國在衛生醫療軟、硬體建設上的不足。2005 年七月國務院發展研究中心在《對中國醫療衛生體制改革的評價與建議》的研究報告中，承認中國醫療衛生體制的改革基本上是不成功的，官方文件為醫改前景籠上陰影。此外，在市場化當道的影響下，哈爾濱一家醫院更遭媒體報導收取病人 550 萬元診療費的天價，進行十餘年的醫療改革似乎陷入困境。

正在醫改頻頻顯露市場化弊端的同時，北京大學中國經濟研究中心教授李玲發表《宿遷醫改調查報告》，揭露 2001 年江蘇省宿遷市公開拍賣衛生院之經過。¹李玲認為宿遷市進行的醫院產權改革是「一次失敗的市場化改革」，遂強力主張政府應在醫療體制改革上成爲主導角色，反對從 80 年代以降「一切由市場做決定」的醫改政策，由此拉開醫療體制改革中，「市場主導派」與「政府主導派」兩方爭論的序幕。²

中國醫療體制自 50 年代建立以來，改革難題一直未曾有效解決。80 年代改革開放後，隨著計畫經濟向市場經濟轉移的過渡作用，醫療領域出現許多市場化

¹ 宿遷的醫療改革發端於 1999 年的「醫防分設」，2001 年 3 月，宿遷下屬的沭陽縣按照「社會辦教衛—教衛產業化—產業民營化—民營規範化」的發展路線，將 38 個鄉鎮衛生院全部完成改制，爲宿遷全面推行醫療改革奠定基調。

2001 年 10 月，宿遷列出改革時間表，各縣區隨後成立醫療單位產權制度改革指揮部，強力推進醫療衛生單位「能賣不股，能股不租，先賣後股，以賣爲主」。至 2003 年，全市 122 所鄉鎮衛生院和 9 個縣級以上醫院完成改制任務。中國勞工通訊，<http://www.clb.org.hk/chi/node/87058>，2009 年 7 月 19 日。

² 「市場主導派」代表人物有劉國恩、董朝暉、顧昕等；而「政府主導派」的成員則有李玲、葛延風等人。鳳凰財經網，<http://finance.ifeng.com/topic/xylgg/index.shtml>，2010 年 3 月 1 日。

弊端，也因而開啓「市場派」與「政府派」的爭論。2003年 SARS 事件爆發，更使兩派之爭比起醫改初期規模更爲擴大，議題更爲複雜深入。但是醫改的複雜和規模不僅使得兩派角力至今，仍未有定論；幾乎所有民情調查關注焦點也都指向懸而未決的醫療改革，顯示醫改問題值得進一步研究的重要性。爲了準確釐清中國醫療體制改革問題，以下將首先說明 1950 年代草創時期的醫療體制；其次，探究 1980 年代至 20 世紀末，市場體制引入醫療領域的影響；第三，分析 2003 年以後，中國政府研擬推行的新醫改方案。

中國的醫療體制建立，最早可上溯自 1950 年代初期。早在中國共產黨建政之初，在有限的財力、資源和技術基礎上，中國就已實施與國民黨統治時期不同的醫療體制，可說是當時世界上最大的醫療保健體系。（陳科文，1993）由於當時服膺「大鍋飯」的社會主義之下，在建構醫療保障體制方面，中國最初實施城鄉二元醫療保障體制，即公務人員及相關人員享有國家全額負擔的公費醫療，而企業職工享有單位提供的勞工醫療保險；農村則實施由政府補助、鄉鎮、集體負擔收支的農村合作醫療制度。中國的醫療體制，即從 1950 年代的初步形成，到 6、70 年代大體定型：農村有農村的三級合作醫療、赤腳醫生；城市有城市的單位醫療補助，中國建立起由公費醫療、勞動保險醫療、合作醫療組成的醫療保障制度。³

但是，1980 年代中葉以來，中國面臨向市場經濟轉型之際，無論在政治、經濟、社會各方面，中國都高舉改革大旗，由失勢後重新掌權的領導人鄧小平提倡的「摸著石頭過河」、「實踐是檢驗真理的唯一標準」、「不管白貓、黑貓，會抓老鼠的就是好貓」，「無論姓資還是姓社，只要是好方法，市場經濟也可以利用」、「允許一部份人先富起來」等一連串口號，展開獲得領導人強力背書的改革進程。

³ 侯賓、崔瑾，「中國醫療體系的現狀描述」，**雲南中醫學院學報**，2006 年第 29 期，頁 19。

隨著改革開放的持續進展，中國經濟不斷成長、資訊流通漸趨蓬勃，中國民眾日益關切符合社會正義、公平原則等福利保障議題；也因為正值揮別毛時代舊體制和迎向鄧領導的新體制時期，不少政策和制度都在有意識地轉變。其次，由於國家財政負擔過重，各項「吃大鍋飯」，由國家打理一切從出生到死亡的補助，也由中央逐漸釋出權責。因此，繼之而來的醫療體制改革，就在中央挽救財政負擔和順應改革步伐的目的下展開，本文以下提到的三十年醫療改革，即源自此。

改革開放初期的醫療改革，主要是加強對衛生事業的管理，以及對醫療機構內部的一些調整，改善醫療衛生機構不善於經營核算的局面，並沒有涉及體制上的變革。直到 1985 年，國務院轉批衛生部「關於衛生工作改革若干政策問題的報告」，發出「放寬政策、簡政放權、多方集資、開闢發展衛生事業的路子、把衛生工作搞好」等指示，這一年可謂是醫改元年，中國正式啟動醫改，擴大醫院自主權，但是政府只是頒佈政策、發下指示，卻沒有挹注經費至各醫院，因此市場力量逐漸進入到醫療機構，左右醫療體制的改革。這段從計畫經濟到放權讓利的時期，政府逐漸鬆手對醫療機構的控制，其最大體現在「財政」方面。⁵

1993 年，中共中央召開第十四屆三中全會，會中揭示「中共中央關於建立社會主義市場經濟體制若干問題的決定」，將市場化引進過去由國家統包的舊體制。其中，由於國有企業成爲改革焦點，在計畫經濟向資本主義經濟傾斜的過程中，大部分虧損的國有企業引入市場化後，已逐漸負擔不起單位職工以往的福利補貼，政府遂將城鎮職工部分的醫療保險費用承擔下來。隔年，先於江蘇省鎮江市和江西省九江市進行城鎮職工醫療保險試點，並在「兩江試點」⁶的基礎上，

⁴ 中共中央文獻研究室本書編寫組，**中國 1978-2008**（湖南：中央文獻出版社，2009 年），頁 1-14。

⁵ 1980 年代初期，政府對衛生部門的撥款從佔國家財政總支出的 14% 到 1990 年的 2.3%。

⁶ 1993 年，中共召開十四屆三中全會，會中提出「中共中央關於建立社會主義市場經濟體制若干問題的決定」，其中國有企業爲改革重點之一。爲配合國企改革，政府提出城鎮職工基本醫療

1996 年起，中國實施由個人帳戶和社會統籌相結合的職工基本醫療保險。⁷接著，國務院於 1998 年發佈第 44 號文件「國務院關於建立城鎮職工基本醫療制度的決定」，逐漸在全國範圍擴大施行，各地陸續頒佈醫療保險相關法令，將以往由政府全額負擔的醫療保險補助，由個人負擔、社會醫療統籌基金補貼、政府補助三方掛鉤。亦即醫療費用適度由個人出資，採個人負擔定額費用、超額部分按一定比例報銷的醫療保險模式，並將此方案推廣至過去未受保障的非單位公職人員；⁸此外，農村居民及城市農民工也開始提出被覆蓋在社會保障體系下的需求。

1998 年以後，過去中國的「企業辦社會」⁹模式將逐漸瓦解，中國必須建立起一套新的社會保障體制。原本由中央承擔的社會福利業務往往下放至地方，或政府與半官方機構及企業合作。以廈門為例，其醫療保障基金就由政府委託企業代辦。¹⁰除醫療保險體制的建立外，在藥品流通機制監督、衛生醫療機構的管理等層面，也都連帶成為醫療改革的一部份，醫改一時間成為熱門改革主角。

但是改革開放後的醫療改革卻也浮現不少弊端。2000 年之後，「缺什麼不能缺錢，有什麼不敢有病」這句中國大陸流行俗語，顯露了民眾對於醫療費用難以負擔的疑慮和無奈。¹¹2003 年，在一項針對武漢市城鎮職工及患者的調查中，有

保險方案，隔年，江蘇省鎮江市、江西省九江市開始城鎮職工醫療保險試點，簡稱「兩江試點」。此後試點不斷擴大。

⁷ 1996 年 4 月，中國國務院辦公廳轉發了國家體改委、財政部、勞動部、衛生部四部委《關於職工醫療保障制度改革擴大試點的意見》，進行更大範圍的試點，1997 年醫療保險試點工作擴展到中國 58 個城市。

⁸ 截至 1998 年底，全國參加醫療保險社會統籌與個人帳戶相結合改革的職工達 401.7 萬人，離退休人員 107.6 萬人，該年的醫療保險基金收入達 19.5 億元。到 1999 年被確定為試點地區的 58 個城市已全部開展了試點工作。

⁹ 改革開放前，中國的城鎮居民主要是由單位提供各項國家應允的社會保障，並非由國家建立一套普及的社會保障體系，謂之「企業辦社會」。黃德北，**當代中國雇傭工人之研究**（台北：韋伯出版社，2008 年），頁 82-83。

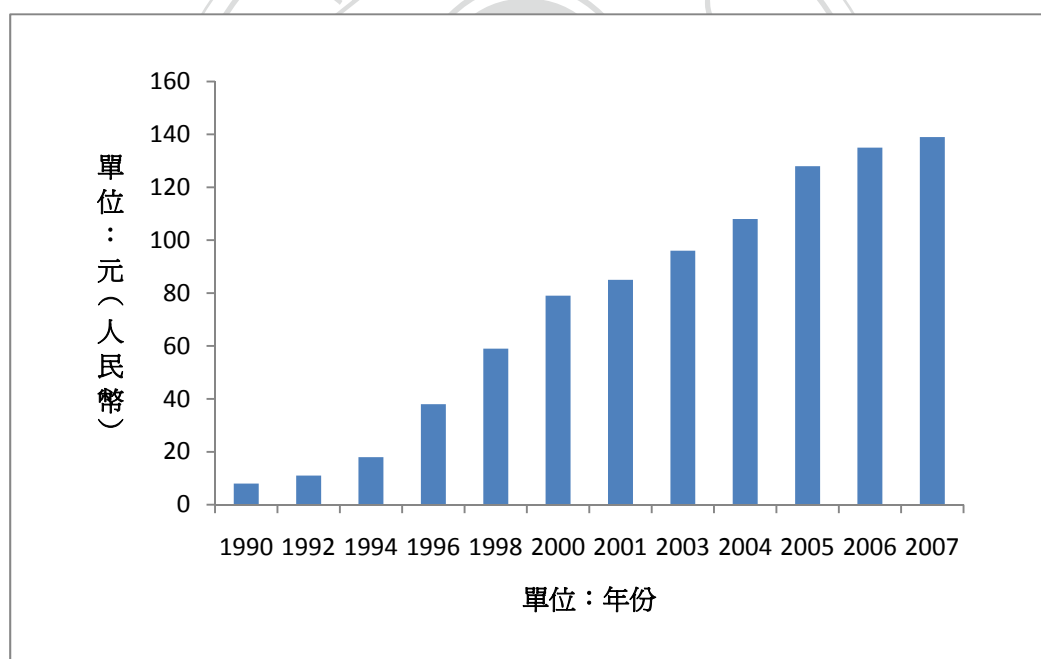
¹⁰ 劉兆隆，**中國醫療改革的制度分析**（國立政治大學政治研究所博士論文：2004 年 2 月），頁 231-232。

¹¹ 2005 年 12 月 8 日，小康雜誌和新浪網公布聯合舉行的「中國全面小康進程中最終關注的十大焦點問題」，在醫療制度改革、環境保護、社會保障、腐敗問題、食品安全、教育收費、社會治

接近九成的受訪者擔心重病醫療支出將無力負擔；而超過八成的受試者認為，醫保體系改革有必要進一步深化。¹²

中國的醫療體制存在藥價過高、¹³醫療保險體制缺乏統一和全面；基層衛生醫療體制不夠健全等問題，成為民眾「看病難、看病貴」的主因。¹⁴據對全國綜合性醫院的統計，1990~2004 年間，平均每人次的住院費用翻漲 8 倍，每人次的門診費用上升則將近 10 倍（見圖 1）。而同期城鎮居民每年平均增加的可支配所得提升不超過 6 倍，每年因醫療費用過高不敢就診的患者比率，更從 1993 年的 5.2% 上升到 2003 年的 18.7%，顯示初期醫療改革的失敗。¹⁵

圖 1：中國 1990~2007 年每人每次門診平均費用



資料來源：賴偉（2008），醫療改革三十年。

安、房地產價格、社會道德風氣和分配不公十項議題中，中國民眾最關心的議題為「醫療制度改革」，關注度高達 71.08%。參見林毓銘，**社會保障管理機制**（北京：社會科學文獻出版社，2006 年），頁 259。

¹² 參見 Chack-kie Wong, Vai lo Lo, Kwong-leung Tang, **China's Urban Health Care Reform**, (Lanham: Lexington Books: 2006), p103.

¹³ 根據中國國家物價局 2004 年 8 月份的統計，在中國平均物價連續 22 個月下降的情況中，藥品是少數不降反升的零售物品之一。孫博洋，**醫藥銷售市場中不和諧問題產生及解決對策的思考**（吉林大學企業管理學系碩士論文：2005 年 5 月），頁 17。

¹⁴ 鳳凰財經網，<http://finance.ifeng.com/topic/xylgg/index.shtml>，2009 年 6 月 2 日。

¹⁵ 劉霖，「醫療市場化與政府角色」，**福建論壇**（人文社會科學版），2007 年第 2 期，頁 34-35。

2006年6月，中國國務院成立深化醫藥衛生體制改革部際協調工作小組（以下稱工作小組），集結十六個有關部門，並由國家發改委主任張平和衛生部部長陳竺共同出任組長，進行就深化中國醫藥衛生體制之方向，研擬並進行研究計畫。2008年10月14日，工作小組公布《深化醫藥衛生體制改革的意見（徵求意見稿）》，統整在國家發改委網站上徵集之兩萬多條意見與建議，其中不乏來自專家學者的看法，也有市井小民的心聲。

2009年1月21日，《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》和《2009-2011年深化醫藥衛生體制改革實施方案》相繼出台，在由中國國務院總理溫家寶主持召開的國務院常務會議上獲得原則通過。

2009年4月6日，中國國務院在兩會後，¹⁶正式發佈執行新醫療改革方案，方案強調醫療保障體系的全面覆蓋、國家基本藥物制度的建立、健全基層醫療衛生服務體系、促進基本公共衛生服務均等化、公立醫院改革試點推動等五項改革重點。隨著國務院「新醫改方案」的出台，引起了新一波對醫療體制改革的關注。

第二節、研究動機與目的

本研究擬根據中國醫療改革歷史進程和現行醫療體制的難題，探討中國未來醫療體系的可能發展，其中根據醫療改革方案的目標、效果，結合中國醫療體系的必要基本特性，探討醫療改革可能產生的問題，並進一步釐清醫改爭論中，「市場派」和「政府主導派」的論點，最後提出相關建設性建議。

中國自1978年實施醫療改革以來，迄今已超過三十年。醫改歷程中，針對不同階段，不同層面之醫療領域問題，政府頒佈一系列政策文件，而迄今，許多專家學者仍進行各項針對醫療改革的研究計畫，尤其是政府力量與市場機制對於

¹⁶ 即十一屆全國人民大會二次會議、全國政治協商會議十一屆二次會議。此二次會議於2009年3月5日至3月13日於北京召開。

醫改領域的影響探討，更是方興未艾。以下將首先簡要說明醫改至今的演變歷程；其次，探討在已知的醫改政策及試點成效上，市場與政府力量如何在其中角力？

本文企圖釐清自改革開放以來，中國醫療改革的來龍去脈，包括醫療改革的因素，醫療改革面臨的難題，側重醫療保險體制、公立醫院改革、藥品流通體制等，分析醫療改革進程的各項政策及背後思維，希冀對中國醫療體制改革做一宏觀的認知和解析。

1980 年代醫改以來，各式醫療改革方案不斷推出，層面涵蓋極廣，除了醫療保險體系的改革和建立，醫療體制改革還包含了完善藥品流通機制、公立醫院改革、建立覆蓋全國的基本醫療衛生體系等，無一不在縱向牽扯到中央與地方權責劃分；橫向涵括各部門不同單位的合作、相關人員的職務分配等；另外，中國各地的情況也不盡相同。

在醫療保險方面，中國自 1998 年及 2003 年分別實施城鎮職工基本醫療保險，和新型農村合作醫療，城鎮職工參保人數達 1.8 億，新農合參保人近 7.2 億。2007 年，中國更開始執行城鎮居民基本醫療保險的試點工作。問題是，民眾參保後，真的有減輕就診費用負擔嗎？¹⁷而檢視各省，醫保實施速率與方式不一。例如截至 2009 年，市級的醫保個人負擔比例約為 30%，而縣級則超過 40%；陝西省神木縣於 2009 年 3 月至今，已實施將近一年的全民免費醫療保險，其他省市則尚在觀望階段等。¹⁸

¹⁷ 以住院費用和門診花費來看，比較城居保、新農合、城職保和其他保險的自付比例，城職保、新農合和其他保險在無論門診和住院藥品費用負擔皆比未參保需求人低；而城居保減低藥費效果則較不顯著，陳瑤等人推測，可能是城鎮職工基本醫療保險的實施時間尚短，參保人的潛在尚未被充分釋放。參見陳瑤、孟偉、劉國恩、陳鋼，「中國醫療保險對城鎮居民藥品經濟負擔影響研究」，*中國藥物經濟學*，2009 年第 1 期，頁 6-15。

¹⁸ 對於神木縣的作法，各界褒貶不一，有人認為財政負擔過重，只有少數富裕城市承擔得起；也有人盛讚，神木縣為醫療改革開創一條新路。鳳凰網，<http://finance.ifeng.com/news/20100205/1804318.shtml>，2009 年 3 月 20 日。

此外，目前中國的醫療體系資源集中在少數醫學中心，可是中國的幅員廣大、人口眾多，要滿足中國人民的醫療需求，除了健全的醫保制度以外，尚需要足夠的社區式診所及醫院，供作滿足社區民眾的醫療需求。¹⁹

醫改除了面臨範圍極廣、牽涉複雜的困境，在醫改歷程中，也出現不少市場與政府相互矛盾的失靈現象。改革開放之初，由於中國政府把市場經濟逐漸提昇到合法性位置，認為由市場力量主導醫療改革不僅減少政府財政負擔，同時又能在市場競爭下，使全民獲得較完善的醫療照顧，於是政府財政支出漸進地退出醫療領域。

但是，由於醫療資源有供需雙方資訊不對稱的外部性等特色，使得市場力量不僅逐漸發生作用，也顯露了弊端。對照 1980 年和 2003 年的醫療衛生費用支出，政府與社會總支出下降約 20%，而個人支出則上升超過 30%。²⁰個人衛生費用支出的上升，極大原因出於市場化後，政府財政投入不足，各級醫院為弭平虧損，拼命「創收」，導致藥費遠遠超出正常範圍。中央和地方政府有關醫療衛生費出的支出，不及 GDP1.5%，遠低於 GDP4%的教育支出底線。²¹

原先政府希冀市場介入的「美意」，導致了市場失靈，政府介入處理效果若不彰，將會引發政府失靈。經濟學家指出，市場失靈的原因往往是政府失靈，依據政治學的公共政策分配原則，亦即政府沒有合理分配醫療資源。²²此外，在中央向地方權責移轉過程中，由於需要長時間對舊體制的釐清和新體制的建立，因

¹⁹ 中國衛生部副部長馬曉偉認為，改善民眾看病難、貴，「最為的關鍵是讓病人放在下面，不要上來，醫生要下去，病人就不上來。」亦即設立普及的縣醫院，及提升縣醫院品質，使民眾能就近就醫。「衛生部將啓動 16 城市公立醫院改革試點」，鳳凰新聞網，<http://finance.ifeng.com/news/special/xylgg/20100129/1772137.shtml>，2010 年 7 月 1 日。

²⁰ 侯賓、崔瑾，「中國醫療體系的現狀描述」，頁 20。

²¹ 「新醫改一年被指有錢不會花 醫院直言以藥養醫才能活」，鳳凰財經網，<http://finance.ifeng.com/news/special/xylgg/20100624/2338788.shtml>，2010 年 7 月 4 日。

²² Gordon Tullock 等著，徐仁輝等譯，**政府失靈—公共選擇的初探**（臺北：智勝出版社，2005 年），頁 12-25。

此對於醫療體制改革這一牽涉社會責任、國家財政、中央與地方權責劃分、藥品市場、醫院、基層醫療衛生體系建立等複雜難解的議題，成為無論中國官方和民眾十分關切的議題。錯綜複雜的醫療改革中，究竟政府是否應該介入，而非放任市場中看不見的那隻手操縱醫療領域，一直是學者專家的爭論熱點。²³

綜觀中國醫改進程，政府從醫療體制草創時期的公費支付，到改革初期引進市場化，接著是政府再次介入醫療體制改革，以財政分配、基金籌資、試點執行等手段，進行新一波的醫療改革。每一項政策背後，無不隨社會、經濟的改變而調整市場競爭和政府主導的力道。

整體而言，正如參與國務院醫療改革工作小組成員、北京大學教授李玲所說：「醫療問題本身是世界難題，發達國家都解決不了，中國怎麼可能在短時間內解決？」²⁴本論文研究目的之一，就在試圖全盤認識中國醫療體制改革政策和實施效果下，對攸關民眾切身利益的國家醫改政策，提出政策建議。

第三節、研究方法、途徑與限制

本論文主要是探討醫療改革政策所帶來的影響為何，因此制度法令及歷史脈絡都有其重要性，同時，本論文具具有「政策分析」(policy analysis)的取向，目的在於描述、解釋各種醫改政策的起因，以及研究政策的內容，和執行政策之後可能帶來的影響。因此，本文將採取「制度研究途徑」(institutional approach)，以及「歷史研究途徑」(historical approach)，以相關的政策、法令為主要的分析對象，並力求放在歷史的脈絡中，以求得整體性的了解。

其次，本文將以文件分析法 (Literature Analysis / Documentary Analysis) 來

²³ 中國共產黨新聞網，<http://cpc.people.com.cn/BIG5/index.html>，2010年3月3日。

²⁴ 鳳凰網，<http://finance.ifeng.com/topic/xyjg/index.shtml>，2009年3月20日。

了解中國大陸醫療體制改革政策走向及影響，尤其是 2009 年新出台的新醫改方案。²⁵文件分析法是針對已經公開發表的資料，如各類書籍、政府部門出具或委託研究報告、專家學者研究報告、期刊、博碩士論文、媒體新聞報導、各類組織之統計資料和研究結果等，加以閱讀後予以分析，試圖理解制定文件的脈絡以及內容，並藉由相關資料的佐證來驗證本文的研究假設。

就本論文而言，對《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》、《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》和《2009-2011 年深化醫藥衛生體制改革實施方案》、《關於公立醫院改革試點的指導意見》等各項政府文件，乃至從中國建政至今，政府所發佈的各項有關醫療體制改革的相關文件、規章和法令，期能有完整全面的掌握。此外，新醫改方案實施以來，各界專家學者對方案的分析、建議等研究結果，也都是作者關注的焦點。

整體來說，本研究將審視中國自建政以來的醫療改革政策，並聚焦在改革開放後、醫療改革三十年來的種種方案演變，尤其是 2009 年出台之新醫改方案，力求掌握政府公佈各項有關醫改之政策、法規，佐以各專家學者的建議或媒體報導及相關實證資料，試圖釐清中國醫療改革至今，政策法規的演變、其背後推動醫療改革各項方案的因素、醫療改革實施後果評估等等，並進行統整和全面性的討論，希望能對中國實施逾三十年的醫療體制改革有較宏觀的認識。

除此之外，本論文也會進行「比較研究法」(comparative method)，比較研究法係指將所蒐集的個案或文件資料，加以整理、分類、比對，找出各項資料的相同處和歧異處，藉以歸納其因果關係。相同之處，用以預測或解釋其同因同果；歧異之處，則用以說明不同時期之政策不可相提並論。而上述各項醫改法規的內

²⁵ 此處謂之「新」醫改方案，乃指綜合 2009 年 4 月 6 日兩會後，中國政府總和 2006 年 6 月以來，中國國務院成立深化醫藥衛生體制改革部際協調工作小組後，陸續推出之醫改原則、方針、政策，所出台的醫改方案。尤指《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》和《2009-2011 年深化醫藥衛生體制改革實施方案》兩項方案。參考沈慧華、鄧巍，「新醫改實行現狀譚議」，*大眾商務*，2009 年第 12 期，頁 272；及「中國出台醫療改革新方案」，*鳳凰財經網*，<http://finance.ifeng.com/topic/xylgg/index.shtml>，2010 年 7 月 1 日。

容，由於制定的時間以及實施對象的不同，因此有相同與相異之處。爲了準確釐清本論文所欲探討的重點，必需進一步精確比對，方能提昇對法規的掌握，以及做出更爲準確的解讀。

然而，本論文亦存在若干研究限制，首先，有於時間與經費之考量，作者難以親赴現場觀察其發展，也不能進行全面性的實地訪談，此不啻爲一大遺憾。其次，新醫改方案的推出時間太短，從醞釀到生成，前後僅有兩年多時間，難以評估政策成效。此外，中國國務院提出之新醫改方案，只有確立改革大方向，沒有劃分中央和地方具體權責；僅承諾將投入多少經費，缺乏實施細節等可操作性。亦即僅流於制度表面的介紹，沒有進一步交代醫改政策的來龍去脈。中國醫療改革實施以來，不同層面的改革方案仍不斷提出。如 2010 年 2 月出台的《關於公立醫院改革試點的指導意見》，各式規章法令多如牛毛，卻沒有一個統一的制度變遷進程可供參考；各省依據中央大方向進行各式「試點改革」，許多地方於不同時間公布與執行醫改方案，如廈門於 2000 年才逐步建立醫療保障體制、貴州省更遲至今年（2010 年）2 月底才正式啓動國家基本藥物制度工作，²⁶因此要綜觀中國各省的醫改成效實在有其困難度。種種問題不但顯示醫療改革的千頭萬緒和複雜性，更造成資料分析和統整的困難。針對上述研究限制，作者只能盡量周延、擴增本文的文件分析，分類解釋各時期醫改政策和背景，及不同層面的醫改著力點，以求獲得全盤性的理解來補不足。

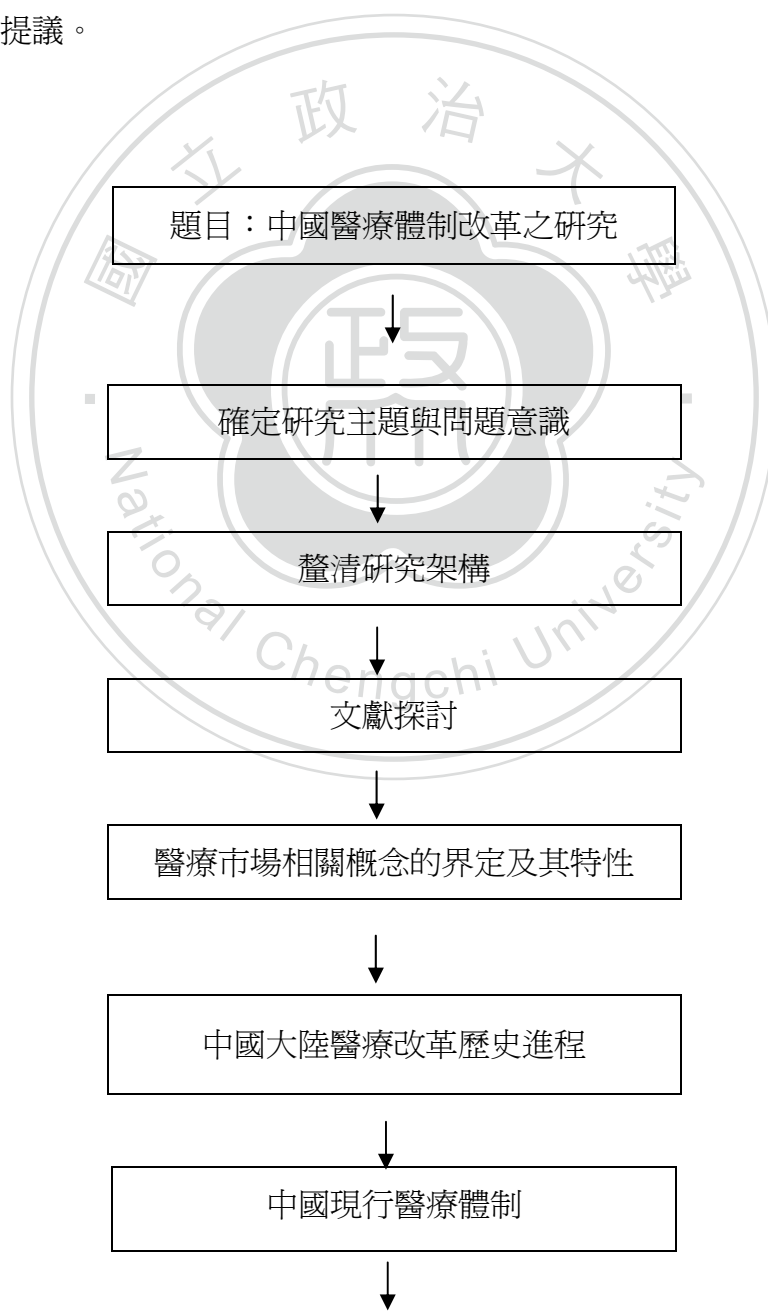
第四節、研究範圍, 研究流程及架構

本論文的研究範圍係彙整醫改相關概念、醫改政策、理論研究、實證研究等文獻，檢視中國從建政以來的醫療體制改革措施，特別是改革開放後，醫療改革重點難題與醫改三十年間的種種政策變化，關注 2009 年後，陸續出台之新醫療

²⁶ 中國衛生部網站，<http://61.49.18.65/publicfiles/business/htmlfiles/mohzcfgs/s9659/index.htm>。2009 年 3 月 5 日。

改革方案，並以基本醫療保障制度、國家基本藥物流通機制、基層醫療衛生服務體系、公立醫院試點改革等醫療改革為重點，以市場失靈和政府失靈為角度切入，探討市場化和政府主導對醫療改革的影響，最後提出合理的政策建議。

由於醫療改革涉及層面複雜，當前各方專家學者對於醫療改革應任其市場化或由政府主導，仍莫衷一是，顯示醫改難題畢竟不是短時間內就能解決。因此作者希望透過正反意見並陳，盡可能還原中國醫療體制改革的整體樣貌，最後加以研析判斷醫療改革核心難題和未來改革走向，希冀能找出一成本花費最小而效益極高的改革提議。



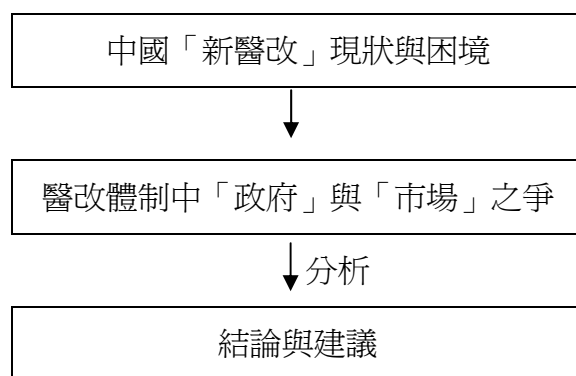


圖 2：本研究流程圖

資料來源：作者自行整理

按照上述之研究流程，本論文之章節安排如下：

第一章：緒論。說明本論文之研究問題與目的，研究方法與限制，以及研究架構。

第二章：文獻回顧。從醫療市場特性及相關理論、中國大陸醫療改革探究、中國醫療改革中的市場機制與政府主導三個領域，進行文獻檢閱與評論。

第三章：中國大陸醫療改革歷史進程。本章分二部分，第一部份以宏觀的角度，蒐集並分析自改革開放以來，中國出台之相關醫改方案，檢視各項重大醫改政策，詳述在不同階段的政經背景下，推動醫療改革的歷程和各階段特點；其次，由於中國醫療保障體制與藥品流通制度的系統性特色，將在第二部分另行討論二者的改革歷程。

第四章：中國大陸現行醫療體制。本章主要聚焦在中國大陸現行之醫療體制架構、管理辦法之現況發展和改革難題，共分四部分探討中國現行醫療體制。第一，檢視其基層醫療衛生體系結構與現況；其次，比較中國公私立醫院體系；第三，探討城鄉醫療保障體系現況與弊端；最後，分析有關藥品流通機制的政策法規與實施問題。

第五章：中國「新醫改」現狀與困境：「政府」與「市場」之角力。本章將首先從中國 2009 年新醫改方案的分析出發，其次，分陳政府主導派論點和市場主導

派立場，最後，討論政府與市場在醫改領域中的結合。

第六章：結論與建議。

第五節、預期成果

中國自改革開放以來，政府對市場經濟增加信賴與依賴，在醫療衛生領域，不再奉行過去的計畫經濟體制，對醫療衛生部門的財政投入減少（1980 年代初期，政府對衛生部門的撥款從佔國家財政總支出的 14% 到 1990 年的 2.3%（吳國光，1994）；醫療保險制度等社會福利也未見完善，造成醫療問題層出不窮，由此可見，僅靠市場力量無法解決醫療問題，亦即醫療改革成效也將無法彰顯。但是，在計畫經濟向市場經濟過渡的過程中，政府失靈和市場失靈都相當嚴重（陳科文，1993）。因為政府對經濟的捲入很深，因此經濟高度依賴政府（醫療人員沒有積極性）的行政協調。但是，越是這樣，政府越是不能一下子馬上放開行政協調，否則經濟活動的聯繫將出現危機。

醫療改革政策始自 1980 年的《關於加強醫院經濟管理試點工作的通知》，一開始僅是涉及管理方法的改變，並無深入到制度的改革。接著 1984 年的醫療保險體制的改革到 1992 年「兩江試點」、公立醫院改革試點、醫藥分業等改革持續進展，政府主導下的醫療體制改革，在不同層面展露了成效，也顯現不少弊端。由於中國醫療體制改革仍在持續進行，改革應由政府主導一切還是放任市場機制運作的意見也尚無定論，因此本文將透過上述之章節安排，來釐清醫療市場的特殊性、中國現行醫療體制和醫療改革歷史進程，尋求學者專家及過去理論和實證研究中對政府主導與否的正反兩面意見，以做為本文論證基礎，最後綜合提出看法和政策建議。

第二章 文獻回顧

本章將分「醫療市場相關概念的界定及其特性」、「中國大陸醫療改革探究」、「中國醫療改革中的市場機制與政府主導」三個領域進行文獻回顧。首先蒐羅相關醫療領域理論文獻，以指出醫療領域的概念和特色；其次，在中國醫療體制改革相關文獻回顧方面，蒐集各類政府文件、相關期刊、專書和各類專家學者的建議，並針對醫改重點進行探討；最後，釐清市場機制與政府主導相關理論，以期建立醫改有關文獻的相關評論。

第一節、醫療市場特性及相關理論

由於醫療服務作為一種健康消費品，決定了其無法達到帕累托最優（Pareto Optimality）²⁷及特殊性。醫療市場具有外部性、不確定性、資訊不對等、政府干預及非營利性等五大特性，其中供需雙方資訊嚴重不對等是醫療市場改革與管理的研究重點。²⁸醫生（生產者）幾乎在專業知識上宰制病患（消費者），例如何種症狀使用何種療法、診療費用計算等，病患完全沒有置喙餘地。由於醫療資源此種供需雙方資訊不對稱的外部性特色，政府若完全放任市場運作，一方面雖可取得市場競爭所帶來的效率和自由，另一方面卻也容易產生弊端：由於醫療市場的特殊性及其內生的高昂成本，極易成為在醫療市場逐利的各參與方將自身利益最大化的工具。例如，醫藥費漫天喊價、醫院成為富人俱樂部等。

由於醫療市場與一般商品市場截然不同，以下分別以疾病風險理論、社會保險理論、政府失靈理論、合約失靈理論、第三方管理理論、醫療市場失靈與政府干預理論來分析醫療市場特性。

²⁷ 由義大利經濟學家維弗雷多帕累托（Vilfredo Federico Damaso Pareto）於 19 世紀末期提出的經濟學概念，意指達成資源合理分配的最低標準。參見 Joseph Femia, Pareto and political theory, (London: Routledge, 2006)

²⁸ 劉霖，「醫療市場化與政府角色」，頁 35。

（一） 疾病風險理論

由於疾病的發生，帶有不確定性、不可避免性、隨機性、後果的外部性，而疾病風險被視為具有純粹風險性質，因為是一種非人為因素、且只有危機毫無獲益可能的風險。另外，由於傳染病和遺傳疾病的可能，使得疾病具有負外部性，一旦疾病發生在某人身上，不僅可能危害其他人，也可能削弱患者賺取收入的能力，使危機擴散。²⁹

（二） 社會保險理論

保險制度是一種有償提供保險服務、配置穩定資源的制度，供給社會公共性或私人保障。相對於個人選擇的私人保險，公共保險服務的供給是一種公共選擇過程，對公共保險服務若採取市場配置的方式，則將無人付費。因此，通常需由政府出面運用徵稅等手段集資，以提供社會保險。³⁰

在社會醫療保險方面，由於存在被保險人（患者）的逆向選擇及道德風險，商業醫療保險也可能考慮其盈利目的而減少醫療保險產品的供給或加大限制。因此，為充分個人的疾病風險，防止其擴大為社會風險，政府除支持商業醫療保險的存在，更應進一步直接提供社會所需的基本醫療保險。

社會醫療保險是一種具備強制性、公益性的保險，以執行公共政策為目標，應與商業醫療保險互補有無。³¹

（三） 醫療市場失靈（Market Failure）與政府干預理論

在不同交易市場中，皆有可能存在資訊不對稱的問題。有時候，若資訊不對稱的問題大到無法藉由流通的市場訊息保障生產及銷售有效進行時，則需政府進

²⁹ 翁小丹，**醫療保險的基礎風險與醫療保障制度建設**（北京：經營管理出版社，2010年），頁23-30。

³⁰ 楊士林，「論社會保險法律關係的特點」，**工會論壇**，2010年第2期，頁120-122。

³¹ 張建平，**中國農村合作醫療制度研究**，（北京：中國農業出版社，2006年），頁21-22。

入市場矯正市場失靈。而醫療市場中，醫療服務的提供者存在高道德風險，因為由醫生提供高度專業化的服務，服務質量在醫、患之間形成嚴重資訊不對稱，醫生診治後，代患者做出消費決策，身兼「代理職能」和「服務職能」的醫生極有可能憑藉其有利的市場地位，誘導患者進行不必要的醫療消費，從而導致市場的效率損失。³²

當醫療市場中的自我調節功能出現阻礙，政府這隻「看得見的手」必須出面干預，透過制訂政策，解決市場機制的缺陷和失靈現象。

（四） 政府失靈理論（Government Failure Theory）

美國經濟學家柏頓·韋斯布羅德（Burton A. Weisbrod）於 1974 年提出政府失靈理論，他認為即便具有彌補市場缺陷的能力，政府仍有力所未殆之處。³³當政府試圖解決市場失靈現象，卻花費過大成本；或是消費方不滿由政府稅收體系組成的公共服務時，應由第三方—非營利部門來滿足社會需求。消費方越需要不同於政府提供的公共服務，非營利部門的運作空間就越大，政府和非營利部門實際上存在著互補關係。

（五） 合約失靈理論（Contract Failure Theory）

美國法律經濟學家亨利·漢斯曼（Henry B. Hansmann）認為，若滿足特定條件，消費者無須付出不適當成本，即能判斷生產者是否遵守交易協定。但是，當買賣雙方資訊不對稱時，消費者無法判定生產者是否提供承諾之商品或服務，使消費者不僅在最初無法達成最優惠的合約，即使合約達成，也往往不能兌現。生產者則完全有能力以劣質商品取代原先的承諾，以獲取額外收益。由於資訊不對稱，單靠買、賣雙方的合約，難以遏止生產者損害消費者權益的投機行為，是謂「合約失靈」。

³² 石光，「市場失靈、政府失靈、志願失靈與衛生改革」，*中國衛生經濟*，2002 年第 17 期，頁 14-16。

³³ Gordon Tullock 著，徐仁輝、陳敦源、黃光雄譯，*政府失靈—公共選擇的初探*，頁 20-23。

合約失靈現象，往往出現在服務的購買者和消費者分離、存在價格歧視、提供複雜的個人服務、提供公共物品等制度中。漢斯曼指出，如果這類合約或服務，由「非營利部門」來提供，生產者的詐欺行為將約束許多。由於非營利部門所得不能分配給部門人員，因此即使存在資訊不對稱，非營利部門仍不會任意提高價格，因為追求此種利潤對個人無益。³⁴

但是，非營利部門針對追求更大利潤的「冷感」，是否會影響其所提供的商品或服務品質，進而影響消費者權益？如公立醫院的設置等，合約失靈理論卻未加探究此點。

（六） 第三方管理理論（The Third-Party Government Theory）

美國公共政策學者賽拉蒙（Salamon）認為，美國政府作為「資金和指導提供者」（A provider of Fund and Direction）的角色，在提供具體的社會服務時，需仰賴大量的第三方機構，如非營利組織來實施政府政策，因而出現第三方管理（Third-Party Government）模式。在此模式中，政府與第三方分享在公共基金支出和公共權威運用上的執行權，且政府往往只擔任「管理」的角色。³⁵

但是，不僅政府和市場功能會失靈，非盈利部門也存在若干缺陷，產生「志願失靈」（Voluntary Failure）。例如志願服務的供給不足，服務對象的特殊性、非營利機構的家長式作風、業餘主義等。因此雖然政府提供服務的成本往往高於非營利部門，但在非盈利部門無法提供充足的社會服務時，政府介入，正可適時補其不足之處。

第二節、中國大陸醫療體制改革相關研究

有關中國醫療改革的文獻檢閱中，作者欲聚焦在中國醫療體制改革重點為何？

³⁴ 顧昕，「走向有管理的市場化：中國醫療體制改革的戰略選擇」，*經濟社會體制比較*，2005 年第 6 期，頁 20-21。

³⁵ 張建平，*中國農村合作醫療制度研究*，頁 10-12。

醫療體制在不同時期、不同層面出現哪些問題？政府有何因應對策？總體而言，在中國醫療體制改革相關文獻回顧方面，蒐羅範圍將針對改革開放以來至今的各類政府文件、相關期刊、專書和各類專家學者的建議，並著重醫療保險體制建立、基層醫療衛生服務體系的健全、公立醫院改革等宏觀、微觀醫改重點進行文獻評論與探討。

改革開放初期的醫改，沒有涉及制度面的變革，大致是在管理上的整頓。1994年「兩江試點」和1996年的擴大試點後，才正式逐漸步入醫療體制改革。但是遲至2000年之後，仍有許多地方陸續頒佈各地醫療改革政策，因此在相關文獻探討方面，有關學術研究並不太多，篇幅也不長。在醫改政策分析相關文獻方面，篇幅較短的，多為簡單列出醫改政策，接著提出政策建議；或是單就政府某一方案的出台，進行不同觀點的探究；亦或在中國社會保障相關研究主題專書的某一章對醫改草草一筆。1990年代初期的有，吳國光所編，「國家、市場與社會—中國改革的考察研究，1993至今」（1994）；周雪光（1993）主編，「當代中國的國家與社會關係」；近期的則有，「社會保障管理體制」、（林毓銘，2006）「當代中國雇傭工人之研究」（黃德北，2008）；篇幅稍長的，多為側重分析政府某一醫改政策的學術研究，或針對個案進行探討。如羅永忠（2004）年的「我國社會醫療保險制度改革與對策研究—以湖南省為個案」、張建平在2006年所出版的「中國農村合作醫療制度研究」等。

全面檢視中國醫療體制改革的學術論文極少，其中以劉兆隆（2004）的博士論文「中國醫療改革的制度分析」最具代表性。劉兆隆以「治理」的觀點剖析中國醫療體制改革，也整理了醫改的相關政策，並提出一項極為有趣的觀點，亦即中國「維持一個手臂的距離」的改革思維³⁶。中國在開放市場機制協治理之餘，

³⁶ 「維持一個手臂的距離」係指中央在對地方放權讓利後，仍保留適度介入空間，以運用最終決定權控制地方決策。參見劉兆隆，**中國醫療改革的制度分析**，頁10-15。

希望同時達到地方財政自主，中央又不失控管權，劉認為這種思維在醫療改革過程中也經常浮現。醫改至今，中央「掌握最終決定權」的意識型態是否仍未完全放開，值得進一步檢視。較為可惜的是，其研究範圍著重在醫療保險體系的建構，對於醫改其他方面，如基層衛生醫療體制、公立醫院改革等並無著墨，且由於研究時間限制，沒有兩會後出台的「新醫改方案」分析。

整體來說，本章在中國醫療體制改革的文獻回顧中，發現中國醫療改革區域性研究多於宏觀全面研究；從政府為主體出發的研究則多於從其他層面考量的研究。另外，政府推出的政策則是五花八門，各省不僅具體實施細則不一、建制時間也不一致。最重要的是，在中國國務院和衛生部、國家發展改革委員會等醫改相關部門網站上，沒有一個統整陳列的醫改政策平台，只有即時新聞的發佈（且通常篇幅極短）；衛生部政策法規司的網頁上，有關「深化衛生醫藥改革工作」的訊息，其發佈日期從 2009 年 4 月 9 日一下跳至 2010 年 2 月 23 日，將近十一個月的「斷層」中，政府發佈了什麼樣的政策？各省有什麼樣的醫改具體作為？³⁷完全沒有提及。因此作者在政策法規蒐集和系統化上，只能盡量蒐羅和拼湊有關部門和研究單位的「斷簡殘篇」，試圖還原其政策樣貌。

由於上述蒐集資料的困難，作者希望能盡己所能，對中國醫療改革至今，政策法規的演變、其背後推動醫療改革各項方案的因素、醫療改革實施後果評估等等，進行統整和概括性的討論，希望能對中國實施逾三十年的醫療體制改革有較全面的認識。

第三節、中國醫療改革中的市場機制與政府主導

促進醫改的因素中，最受注目的是市場與政府的互補與優缺失探討。

首先，何謂市場機制和政府介入？林布隆（Lindblom）認為，「市場機制」

³⁷ 中國衛生部網站，<http://www.moh.gov.cn/>，2010 年 3 月 28 日。

指的是，不透過中央指令，而經由交易雙方的相互作用，將人的行為於社會中協調的實現制度。在協調或交易的過程中，若有任何交換或協商機制受到限制或阻礙，則無法實現健全的市場機制，進而影響分配結果。³⁸而在「政府介入」的定義上，依據林氏定義的擴大解釋，所謂的「政府介入」，則為交換過程中，政府實施公共政策，³⁹運用財政手段，企圖限制或支配市場中的協調與交易機制，一方面，使交易方的行為無法自由體現在社會範圍內；另一方面，政府則達到主導分配結果的目的。

自 1950 年代起，開始實施公費醫療後，由於政府財政負擔過重、無法調動醫護人員積極性、醫療保險覆蓋不夠全面等因素，1980 年代之後開始的計畫經濟和市場經濟爭論在醫療改革領域也開始甚囂塵上，各專家學者在政府主導和放任市場兩種不同看法間相互攻防。其爭論焦點可分三類，一為「強調國家、政府主導力量」，並將國家力量分為「消極（passive）國家能力」、「積極（active）國家能力」、「超（super）國家能力」（吳國光，1994）；⁴⁰其次為「著重市場自我調節功能」，吳敬璉（1993）甚至斷言：用市場經濟體制取代計畫經濟體制是歷史做出的選擇⁴¹；第三類則是聚焦在市場失靈與政府失靈⁴²的原因及現象。

³⁸ Charles E. Lindblom、Edward J. Woodhouse 著，陳恆鈞、王崇斌、李珊瑩譯，**最新政策制訂的過程**（台北：韋伯文化，2001 年）。

³⁹ 依據洛威（Theodore Lowi）的定義，公共政策可區分為分配政策、管制政策、建制政策、重分配政策四大類別。其中分配政策意指「經由政府補助，促進私人活動，有助於社會目標的達成，使每個人公平受益，無喪失應得利益者。」；而重分配政策則為「政府通過整體財政的手段，重新分配社會財貨。」此兩項公共政策類別最為接近政府伸入醫療領域的財政手段。

⁴⁰ 吳國光編，**國家、市場與社會—中國改革的考察研究，1993 至今**（香港：牛津大學出版社，1994 年），頁 9-10。

⁴¹ 吳敬璉，**計畫經濟還是市場經濟**（北京：中國經濟出版社，1993 年），頁 199-205。

⁴² 市場失靈(market failure)，主要是指市場無法有效率地生產和分配財貨及服務的情況，引起市場失靈的原因可能是財貨為公共財、或具外部性、不完全資訊、不完全競爭等特性。而政府失靈（Government failure）則指市場失靈後政府採取措施以彌補市場機能之不足，卻因種種理由使政府無法成功扮演合理分配的角色；或政府解決一部份問題後反而衍生其他困擾，此種由於政府能力限制或干預所引發的不良後果，是謂「政府失靈」。導致政府失靈的主要原因有政治制度的限制或政府內、外部因素等。Gordon Tullock 等著，徐仁輝等譯，**政府失靈—公共選擇的初探**頁 12-25。

(一) 強調國家、政府主導力量：

市場化之前，中國是仰賴「超國家能力」為核心建立起來的制度基礎之國家；但是市場機制引進過程中，中國原以傳統的列寧主義政黨和史達林國家體制下形成的、具有極權主義特性，以「超國家職能」為核心的對社會全面控管的能力，面臨動搖瓦解。由於「超國家能力」的推動，主導經濟發展、支配社會福利的「積極國家能力」以及維持基本秩序的「消極國家能力」也在市場化進程中弱化。吳國光認為，如果為挽救國家能力的流失，進而一味強調增強國家能力，則可能導致國家恢復對社會的大規模控制，影響市場和個人自由。中國於 80 年代流行的「一管就死、一放就亂」⁴³悖論，使問題浮現：失去對社會的強力控制，是否意味著秩序重現的遙遙無期？反面來說，國家對社會掌控的復辟也將阻斷社會自由繁榮的發展可能？吳國光指出，關鍵不在是否加強國家能力，而是應當加強哪一方面的國家能力，也就是說，國家應使用何種手段來達成目的。只是吳並未進一步提示政府應「如何」介入。

改革初期，中國領導人主張引進市場化，停滯幾十年的醫療領域看似注入積極性，卻因醫療服務的特殊性，產生許多市場化弊端。左學金、胡蘇云（2001）等人認為，政府應「適當」實施干預手段，以糾正市場失靈現象。⁴⁴

侯賓和崔瑾（2006）則指出，醫療體系的結構大致完善，但是政府財政投入太少，以致醫院不得不將成本轉嫁到患者身上，因此，醫改下一步應由政府主導，動員社會資源由政府負擔大部分醫療經費，個人負擔小部分，一方面將醫院的虧損降低；另一方面減輕民眾就診壓力。⁴⁵

就強調國家、政府主導能力觀點，中國於改革以來，在經濟發展上展現了「積極的國家能力」；反之，在社會福利方面，中國積極的國家能力卻在下降。甚至

⁴³ 周雪光，「論一管就死，一放就亂」，**當代中國研究中心**，1991 年第 5 期。

⁴⁴ 左學金、胡蘇云，「城鎮醫療保險制度改革：政府與市場的作用」，**中國社會科學**，2001 年第 5 期，頁 104。

⁴⁵ 侯賓、崔瑾，「中國醫療體系的現狀描述」，頁 19。

提供無形公共財、維持基本社會秩序的「消極國家能力」都大不如前。中國在轉型之際，要如何在「超國家能力」流失的同時，維持「積極國家能力」和「消極國家能力」，成爲此類觀點的核心探討。

（二） 著重市場自我調節功能

改革之前的中國等共產國家，對於「市場經濟等於資本主義」的觀念根深蒂固，「資本」二字大致不見容於共產社會。改革初期的中國，正值計畫向市場經濟的轉型，因此也面臨同樣的矛盾。對於市場化手段，吳敬璉強調，計畫和市場只是資源配置的兩種手段和形式，並非劃分社會主義和資本主義的標準。⁴⁶吳更進一步指出，改革前的中國社會保障體系，包含醫保和養老制度皆存在若干缺陷：代間轉移支付損害繳費者的積極性；體系營運費用高、浪費情況嚴重；企業負擔過重；企業職工的社會福利沒有法源保障；不能適應改革需要等五大缺失。他強調，應參照國際福利國家的經驗，強化國內激勵機制、統一管理機構，避免「吃大鍋飯」的弊端。⁴⁷

經歷過醫改和 SARS 事件的中國前衛生部部長高強認爲，80 年代醫改剛啓動之際，人、貨資源皆缺乏，加以效率低下、體制僵化，因此引進市場動力，使醫院累積基礎條件，是必要的作法。⁴⁸改革以來，由於公費醫療和勞保制度所形成的財政壓力過大：⁴⁹中國勞動部資料顯示，1995 年全國公費勞保醫療費用總額爲 653.8 億元，而 1978 年僅爲 27 億元。因此市場導向的醫療改革引進國企改革的承包責任制，其核心精神爲財政自醫療供給領域退出與個人支付機制的確立。不過，主張醫療領域由市場化主導的高春亮（2009）等人也承認，中國目前的醫

⁴⁶ 吳敬璉，**計畫經濟還是市場經濟**，頁 20。

⁴⁷ 吳敬璉，**當代中國經濟改革—戰略與實施**，（上海：上海遠東出版社，1999 年），頁 222-255。

⁴⁸ 高強，「高強：將醫院推向市場並沒有錯」，鳳凰財經網

<http://finance.ifeng.com/news/video/20090414/540484.shtml>，2010 年 7 月 4 日。

⁴⁹ 1984 年，中國中央明確指出，公費醫療制度改革是解決醫療費用居高不下的唯一途徑。參見高春亮、毛豐付、余暉，「激勵機制、財政負擔與中國醫療保障制度演變—基於建國後醫療制度相關文件的解讀」，**管理世界**，2009 年第 4 期，頁 75。

療市場化改革，僅體現了醫療服務籌資方式的市場化（主要是財政退出和個人進入），對於醫療服務本身的市場化則無著墨。

80 年代改革初期至 90 年代中，強調醫療市場化的相關文獻為大宗，但是到了二十世紀後，主張醫療體制「有條件的市場化」，亦即政府配合市場機制改革醫療體制的探究則漸為主流。

如顧昕(2005)在參考各國的醫療體制改革後，發現存在「有條件的市場化」趨勢。他強調，中國過去的醫療改革之所以未能成功，乃因政府職能在市場化過程中的缺席。首先，政府未能有效推動醫療保障的全面覆蓋，從而導致醫療費用負擔的不公；其次，醫療保障相關機構，沒有代替患者有效監督醫療服務費用，以致藥價、門診、住院費高得離譜；第三，政府相對於醫療服務提供者的關係，並未完全清楚區分，導致權責不明，政令難以有效率的實施。顧昕駁斥「放棄市場化」的觀點，他指出，國醫療體制改革的下一步，應當走向「有管理的市場化」之路，將政府職能與市場機制作有效結合。⁵⁰

劉霖(2007)則針對競爭性的醫療市場，設計了相關模型進行分析，他強調，雖然醫療市場和商品市場存在若干差異，但醫療領域的市場化改革是可行的，關鍵在於政府不能無所作爲。政府除了創造競爭性的市場，培育水準一致的醫療機構，並保證足夠應付社會需求的醫療服務供應量；還須強制規定醫院定期公布並遵行其各項藥品、門診服務的收費標準，使患者得以在醫療市場中比較各家費用，使價格機制獲得良好發揮。⁵¹

（三） 市場失靈和政府失靈

針對雙重失靈的探討，主要集中討論 80 年代以來的經濟改革，對於中國建政後建立的醫療體制造成極大衝擊。農村早期的合作醫療制度面臨瓦解，公立醫

⁵⁰ 顧昕，「走向有管理的市場化：中國醫療體制改革的戰略選擇」頁 18-21。

⁵¹ 劉霖，「醫療市場化與政府角色」，2007 年第 2 期，頁 34-35。

院也受到波及。陳科文（1993）強調，問題產生的關鍵，主要是因為醫療體制一方面脫離了國家羽翼的保護，一方面則尚未與市場機制接軌。同時，醫療體制的改革難題，也顯示了過去的中國醫療體制，只是附屬在計畫經濟下的一小部分，缺乏長遠與全盤的規劃藍圖。因此，在市場化進程中，除了醫療領域的外部性特色導致的市場失靈外，更因在市場經濟發展和計畫經濟削弱的時期，醫療體系欠缺穩定的財政來源及管理制度，以致在計畫經濟向市場轉型的過渡時期，無法產生自行運作的能力。政府干預的手段，由於缺乏強制性法律保障，各省醫改速率不一、財政挹注缺乏規劃，使得政府失靈的情況繼市場失靈後出現。⁵²

王擴建（2006）則分別以市場失靈和政府失靈的因素及後果，探討雙重失靈下，中國醫療體制改革的最適出路。他認為，醫療領域的市場失靈主要原因有三：第一，醫療領域提供服務的性質與一般商品市場運作不同，醫療服務具有公眾利益取向；第二，醫療衛生服務必須具備多層次、普遍化、就近取得的特色，無法像商品市場化過於集中。例如，中國沿海城市的醫療機構雖已達到發達國家的水準，農村地區卻還一院難求；第三，追求高利潤的市場化原則不宜體現在講究公平和福利的醫療領域，易導致患者與醫療機構間的矛盾。

在政府失靈部分，王指出，政府與醫療機構間權責不清，財政投入過低，使得政府非但不能補足市場機制的不足，反而試圖以行政手段代替市場的配置及優化資源的功能。而政府無視切斷藥品、醫者、醫院三方聯繫的國際改革潮流，反而放鬆藥品流通機制，使得醫院為追求利益而擅抬藥價，影響患者權益。⁵³

若要解決上述雙重失靈，顧昕（2006）、王擴建（2006）、張競文（2008）皆認為，政府應當扮演好籌資和資源配置功能，推動醫療體制的建設和發展，尤其

⁵² 陳科文，「中國經濟改革中的醫療保健政策問題初探」，吳國光編，**國家、市場與社會—中國改革的考察研究，1993 至今**，（香港：牛津大學出版社，1994 年），頁 209-211。

⁵³ 王擴建，「雙重失靈下的醫療改革及對策」，**河北廣播電視大學學報**，2006 年第 2 期，頁 48-50。

是突出醫療服務的公益性質，擴大醫療保障覆蓋面，規避市場失靈，使政府職能得以補足醫療領域中先天性的市場化缺陷，方為中國醫療體制改革的出路。



第三章 中國大陸醫療改革史

本章分二部分，第一部份以宏觀的角度，蒐集並分析自改革開放以來，中國出台之相關醫改方案，檢視各項重大醫改政策，詳述在不同階段的政經背景下，推動醫療改革的歷程和各階段特點；其次，由於中國醫療保障體制與藥品流通制度的系統性特色，將在第二部分另行討論二者的改革歷程。

第一節、中國大陸醫療改革歷史進程

由於本文強調自改革開放以來的醫療改革措施，因此將有別於部分學者的階段分法，⁵⁴作者總和醫療改革各階段不同之重點項目，將中國醫改歷史進程分為五個階段。

(一) 第一階段：1978~1984 年：農村和城市醫療服務網建設

這段時期主要是加強對衛生事業的管理，及對醫療機構內部的一些調整，基本上是管理上的調整，並沒有涉及機制上的變革。中共中央相繼出台了系列加強醫院管理的政策，扭轉衛生事業不善於經營核算的局面。

1. 社會經濟背景：

在計劃經濟時期，中國設定了預防為主、以農村為重點、中西醫結合等一系列方針路線，致力於完善農村和城市醫療衛生服務網路。中國人均期望壽命的提高，以及新生兒死亡率、懷孕婦女死亡率下降等統計數據，顯示中國衛生醫療確有改善。1960 年代「文化大革命」期間，由於政府行政管理體制混亂，經濟上瀕於崩潰，在政府財政基礎薄弱的情況下，衛生費用支出下降；醫療衛生相關從

⁵⁴ 例如，高春亮等人（2009）將中國醫療改革歷史自 1951 年迄今分為三大階段：1951~1984 年，為「公費醫療建立和改革階段」；1984~1997 年，則是「效率導向的醫療體制市場化的改革階段」；而 1997 迄今，為「醫療市場失序與利益集團化階段」，此時，醫療服務價格也成為民生關注議題。參見高春亮、毛豐付、余暉，「激勵機制、財政負擔與中國醫療保障制度演變-基於建國後醫療制度相關文件的解讀」，頁 75-77。

業人員青黃不接，沒有統一發給證照、技術水準不佳、工作效率低下；加上各地醫療機構硬體設施落後，醫生護士比例失調，護理人員不足，專家、學者、專業人員知識落伍；許多地方疾病霍亂、鼠疫等相對落後國家盛行之傳染病頻仍，衛生狀況差。同時，中國對於衛生醫療機構的設立，長期只重數量不重品質，全國衛生醫療體制在這一階段，可說進展極小。

1978 年後，隨著經濟體制改革、農村家庭聯產承包責任制的實行，中國醫療改革才有了進一步的發展。

2.改革進程

本階段的改革主要針對文革期間對衛生系統的嚴重損害進行調整、建設；同時，也包括培養相關人員業務技術，加強衛生機構經濟管理等內容。

1978 年，中共召開十一屆三中全會，提出全黨工作重點轉移到現代化建設上來，衛生部門工作朝向現代化原則展開。1979 年，中國衛生部提出「運用經濟手段管理衛生事業」的口號，全國衛生廳局長會議決定，「衛生工作重點轉移到醫療衛生現代化建設上，建設全國三分之一重點縣」。同年，衛生部等三部委聯合發出了《關於加強醫院經濟管理試點工作的通知》。接著又制訂對公立醫院「定額補助、經濟核算、考核獎懲」的辦法，並在幾個城市展開試點。

隨著市場化進入，公立醫院管理的弊端逐漸顯露。中國政府於是相繼出臺各項針對公立醫院加強管理的政策。1981 年 3 月，中國衛生部下發了《醫院經濟管理暫行辦法》和《關於加強衛生機構經濟管理的意見》，逐步扭轉衛生機構不

善於經營核算的局面。1982年，衛生部更頒佈《全國醫院工作條例》，首次以行政法規形式明確了對醫院相關工作要求。⁵⁵

在加強對醫院管理的同時，本階段也逐漸進行醫療主體多元化的改革。1980年，中國國務院批准《關於允許個體開業行醫問題的請示報告》，企圖改善國有、集體醫療機構壟斷市場的情況，但是離多種所有制形式並存的醫療服務機構仍有極大進步空間。這段期間，由於強調地方政府自負財政盈虧，中共中央逐漸抽出對醫療資源的投入。

3.階段特點

本階段是傳統與改革之間的過渡時期。1980年之前，中國大體進行恢復文革前性質的建設工作；1980年之後，計畫經濟與市場經濟的矛盾突出，於是政府開始著手進行醫療機構內部的調整。但是這些調整都只是管理上的修修補補，並沒有涉及體制上的變革。此階段只能算是醫改的孕育期。

(二) 第二階段：1985~1992年：醫院自主權擴大

1985年可說是醫改元年，中國正式啟動醫改，擴大醫院自主權。1989年，衛生部頒發現有醫院分級管理的通知和方法。醫院按照任務和功能的不同被劃分為三級十等。「給政策不給錢」是這個時期的特點，政府直接投入逐步減少，市場化逐步進入到醫療機構。

1. 社會經濟背景

1984年，中共召開十二屆三中全會，通過《中共中央關於經濟體制改革的決定》，標誌著城市經濟體制改革全面展開。這一時期改革涉及從農村到城市、

⁵⁵ 俞彤、胡鴻、卞呈祥，「新醫改背景下的公立醫院改革戰略分析」，*經濟研究導刊*，2010年第18期，頁201-202。

從加強經濟管理到經濟體制、科技、教育、政治體制等各個領域，也成爲 1985 年中國醫改全面展開的鳴槍聲。⁵⁶

2. 改革進程

中國醫療改革在這一階段的主要指標性事件有二：一是 1985 年 1 月，全國衛生局廳長會議召開，決議貫徹中共十二屆三中全會《關於經濟體制改革的決定》精神，部署全面開展城市衛生改革工作；二是同年 4 月，中國國務院批轉衛生部《關於衛生工作改革若干政策問題的報告》，文中提出：「必須進行改革，放寬政策，簡政放權，多方集資，開闢發展衛生事業的路子，把衛生工作搞好」，雖然只是規範性口號文件，沒有具體施行細則，但是相較於過去的消極作爲，醫療機構轉型已形成政府相關部門的目標共識。

爲了推動改革的順利進行，1985 年 8 月，衛生部下發《關於開展衛生改革中需要劃清的幾條政策界限》，作爲前次文件的補充性規定。1989 年，國務院批轉了衛生部、財政部、人事部、國家物價局、國家稅務局《關於擴大醫療衛生服務有關問題的意見》，文件中指出：第一，積極推行各種形式的承包責任制；第二，開展有償業餘服務；第三，進一步調整醫療衛生服務收費標準；第四，衛生預防保健單位開展有償服務；第五，衛生事業單位實行「以副補主」、「以工助醫」。其中特別強調「給予衛生產業企業三年免稅政策，積極發展衛生產業」。此文件強調市場機制在醫療領域中的作用，積極引進各項承包責任制，企圖改善經營不佳、效率低下的公共衛生醫療體系。

1988 年 11 月，國務院發佈衛生部「三定」方案（即定職能、定機構、定編制）。⁵⁷這一方案確定了衛生部的基本職能，要求對直屬企、事業單位由直接管

⁵⁶ 中國衛生部網站，<http://www.moh.gov.cn/>，2010 年 4 月 6 日。

⁵⁷ 中國國務院網站，<http://www.gov.cn/>，2010 年 1 月 5 日。

理轉向間接管理。1989年11月，衛生部正式頒發實行醫院分級管理的通知和辦法。醫院按照任務和功能的不同被劃分為三級十等，設立客觀反映醫院實際水準的標準，同時使政府控制下的醫院體系進行合理競爭。

1989年2月，中國衛生部和中國國家中醫藥管理局聯合下發《「七五」時期衛生改革提要》和《衛生部門加強精神文明建設的九點意見》，進一步指出改革的指導思想和各領域改革的政策細則。

1990年5月，中國衛生部成立《中國衛生發展與改革綱要（1991—2000）》起草小組，徵求各界專家學者意見，先後修訂十二次，深化政府各部門對於醫改的認識。

1991年，中國全國人大第七次會議提出總結衛生工作的方針：「預防為主，依靠科技進步，動員全社會參與，中西醫並重，為人民健康服務，同時把醫療衛生工作重點放到農村。」二十世紀末十年的醫改將依此方針展開。

3. 階段特點

這一時期的改革主要關注管理體制、運行機制方面的問題，政府原則上「給政策不給錢」。隨著各個領域經濟體制改革，衛生領域也受到國有企業改革的影響，政府直接投入逐步減少，市場化進入到醫療機構。整體來看，此階段雖然涉及體制問題，但醫療衛生領域改革主要是模仿其他領域的改革進行，沒有針對醫療衛生市場的特殊性進行相應政策，可說是醫改的萌芽期。

（三）第三階段：1992~2000年：醫改缺乏系統性、整體性

這段時期對城鎮職工醫療保險制度，衛生管理體制進行了改革，積極發展了社區衛生服務，改革衛生機構運行機制。但是改革仍在摸索中前行，大體而言，缺乏整體性、系統性的改革，沒有深入問題核心層次。

1. 社會經濟背景

1992年，鄧小平「南巡講話」⁵⁸後，中國共產黨召開了第十四次代表大會，確立了建立社會主義市場經濟體制的改革目標，掀起了新一輪的改革浪潮。1993年中共十四屆三中全會通過了《中共中央關於建立社會主義市場經濟體制若干問題的決定》，進一步明確了社會主義市場經濟體制和社會主義基本制度密不可分的關係，同時指出要建立適應市場經濟要求，產權清晰、權責明確、政企分開、管理科學的現代企業制度。在衛生醫療領域，繼續探索適應社會主義市場經濟環境的醫療衛生體制。

2. 改革進程

1992年9月，國務院下發《關於深化衛生醫療體制改革的幾點意見》，強調「公立醫院自負盈虧」刺激了醫院積極創收，同時也影響了醫療機構公益性的發揮，也是在此時期，由於醫院注重收益、忽視公益性，使「看病貴」問題分外尖銳，開展了一系列有關政府主導與市場主導的爭論。

1996年12月9日，中共中央、國務院召開了第一次全國衛生工作會議。1997年1月，中共中央、國務院出臺《關於衛生改革與發展的決定》，明確提出推進衛生改革的發展目標，在醫療領域主要有改革城鎮職工醫療保險制度、改革衛生管理體制、積極發展社區衛生服務、改革衛生機構運行機制等。

在醫療機構管理方面，1993年9月衛生部發出《關於加強醫療品質管制的通知》，要求醫務人員提高醫療品質意識。1994年2月國務院發佈《醫療機構管

⁵⁸ 1993年，鄧小平藉巡視南方各省的契機，發表一連串針對經濟改革的談話，核心精神為肯定市場經濟的必要性。

理條例》，使醫療機構的規劃佈局和設置審批、登記、執業、監督管理以及相關法律責任有法可循，將醫療機構執業管理工作納入法制軌道。⁵⁹

3. 階段特點

此階段仍是持續改革探索，伴隨著醫療機構市場化與否的爭議，各項試行性改革不斷提出。缺乏整體、全面、一致性的改革規劃，也使醫療領域問題愈加凸顯。

(四) 第四階段：2000~2005 年，醫療領域市場化的利弊

2001 年，江蘇省宿遷市公開拍賣衛生院，拉開醫院產權改革的序幕，共有一百多家公立醫院被拍賣，實現了政府資本的退出。⁶⁰「三改並舉」在這一階段確立，並大規模實施，市場主導和政府主導的爭論逐漸深入。

1. 社會經濟背景

2002 年，中共十六大，提出了「全面建設小康社會」的目標，此目標的設立也正式宣告計畫經濟體制向市場經濟體制的轉型，已是中國社會的共識。

隨著市場化的不斷演進，政府衛生投入淨額雖逐年增多，但是政府投入占總體衛生費用的比重卻在下降，政府的投入不足使得公立醫院經營不善情況時有所聞。2000 年之前，某些地區出現公開拍賣、出售鄉鎮衛生院和地方的國有醫院的情況。2003 年，SARS 事件爆發，中國衛生醫療體制遭受嚴峻考驗，也使官方和民間更重視醫改問題。

⁵⁹ 李衛平、鍾東波，「中國醫療衛生服務業的現狀、問題與發展前景」，*中國衛生經濟*，2003 年第 5 期，頁 2-3。

⁶⁰ 中國勞工通訊，<http://www.clb.org.hk/chi/node/87058>，2009 年 7 月 19 日。

2.改革進程

中國國務院辦公廳於 2000 年 2 月轉發國務院體改辦、衛生部等 8 部委《關於城鎮醫藥衛生體制改革的指導意見》。之後陸續出臺了 13 個配套政策，包括：《關於城鎮醫療機構分類管理的實施意見》、《關於衛生事業補助政策的意見》、《醫院藥品收支兩條線管理暫行辦法》、《關於醫療機構有關稅收政策的通知》、《關於改革藥品價格管理的意見》、《關於改革醫療服務價格管理的意見》、《醫療機構藥品集中招標採購試點工作若干規定》、《藥品招標代理機構資格認定及監督管理辦法》、《關於病人選擇醫生促進醫療機構內部改革的意見》、《關於開展區域衛生規劃工作的指導意見》、《關於發展城市社區衛生服務的若干意見》、《關於衛生監督體制改革的意見》、《關於深化衛生事業單位人事制度改革的實施意見》。

2000 年 3 月，宿遷市公開拍賣衛生院，拉開了醫院產權改革的序幕，共有一百多家公立醫院被拍賣，實現了政府資本的退出。2001 年無錫市政府批轉《關於市屬醫院實行醫療服務資產經營委託管理目標責任的意見(試行)的通知》提出了託管制的構想；2002 年年初《上海市市級衛生事業單位投融資改革方案》出臺，這也是產權化改革的嘗試；有關部門開始在地方進行「醫、藥分離」的試點，按照「醫、藥分離」的模式將藥房從醫院中剝離，但由於沒有具體、統一的法制標準，因此改革零星乏力。

3.階段特點

本階段政府主要是進行對醫院產權改革的嘗試，也是各種改革交叉並行的時期。但是改革的速率和規模不一，導致市場化弊端仍然在各處顯現。尤其是 2003 年 SARS 事件爆發，更促使中國政府主動承認過去醫改的失敗。

（五）第五階段：2005 年至今，持續推動各項醫改方案

中國政府持續推動各項醫改方案，例如鼓勵公立醫院門診藥房改為零售藥店，通過逐步取消藥品加成，設立藥事服務費等方式，改變以藥補醫機制。

1. 社會經濟背景

中國經濟成長率呈現 8% 以上的亮眼成績，市場機制的深化成為各個領域不可避免的影響。隨著市場化和產權改革的不斷深入，公立醫療機構的公益性質逐漸淡化，追求經濟利益導向在衛生醫療領域蔓延開來，扭曲了公立醫院的公益性質。2005 年，由中國國務院發展研究中心負責的最新醫改研究報告，通過對歷年醫改的總結反思，報告認為：目前中國的醫療衛生體制改革基本上是不成功的。這種結論主要建立在市場主導和政府主導爭論基礎之上，而這份「失敗報告」也讓 2005 年成為新一輪醫療體制改革的起點。

2. 改革進程

2005 年，為緩解「看病貴、看病難」問題及解決市場化弊端，中國衛生部開始嘗試制定《關於深化城市醫療體制改革試點指導意見》，雖然只是在內部徵求意見，並未對外公佈，但是文中強調公立醫療機構的公益性質，也為之後的改革定下基調。

除了對公益性質的關注，本階段還注重醫療機構服務品質的管理。中國定 2005 年為「醫院管理年」，強調促進醫院端正辦院方向，牢記服務宗旨，樹立「以病人為中心」的理念，規範醫療行為，改善服務態度，提高醫療品質，降低醫療費用等目標。11 月衛生部發佈了《醫院管理評價指南》，標準化醫院的評價指標。2006 年，衛生部和國家中醫藥管理局在全國展開「以病人為中心，以提高醫療服務品質為主題」的醫院管理年活動。2007 年 4 月，衛生部等七部委下發《關

於開展創建「平安醫院」活動的意見》，重視推進醫療機構治安綜合治理工作，致力解決醫療機構執業環境不佳的情況。

2005 年 9 月，聯合國開發計畫署駐華代表處發佈《2005 年人類發展報告》，指出中國醫療體制並沒有幫助到最應得到幫助的群體，特別是農民，所以中國醫改並不成功。⁶¹

2006 年 9 月，中國成立了由 11 個有關部委組成的醫改協調小組。2007 年年初，醫改協調小組委託 6 家學術及商業機構進行獨立、平行研究，為決策提供參考，後來增加到 9 家機構。5 月底，國家發改委等部門組織召開中國醫藥衛生體制改革國際研討會對醫改方案進行評審。中共第十七屆全國代表大會報告，首次完整提出中國特色衛生醫療體制的制度框架，包括公共衛生服務體系，醫療服務體系，醫療保障體系，藥品供應保障體系四個重要組成部分，建構下一波的醫改重點。

3. 階段特點

本階段首次系統提出整體醫改規劃，針對過去醫改的失敗，採取產、官、學三方合作模式，討論後續改革重點。但是，對於醫療領域相關法律規章，尤其是公立醫院的改革、藥品流通制度等方面，並沒有足夠標準化的法源依據，使得醫療改革仍只能在「試點」工作著力。

⁶¹ 張建平，中國農村合作醫療制度研究，頁 85。

第二節、中國醫療保障體制改革

中國的醫療保險制度自 1950 年代起，即採城鄉分離的制度，各自有不同的特點和發展過程。⁶²在城鎮，先後經歷了公費、勞保醫療制度，城鎮醫療保險改革和試點階段，全國範圍內城鎮職工基本醫療保險制度的確立，以及多層次醫療保障體系的探索等階段；在農村，伴隨著合作醫療制度的興衰，努力開展新型農村合作醫療制度的建設工作，進而對農村醫療保障制度多樣化進行探索與完善。

（一）城鎮醫療保障體制：

1950 年代，中國即建立公費醫療與勞保醫療的制度，行政機關與事業機關的成員參加公費醫療，企業的職工則參加勞保醫療。文革以後，由於總工會的解體，醫療保險費用改由企業支出。改革以前，國有企業自然可以依賴政府，非國有企業職工與不屬行政組織及各項「單位」的農民工，可想而知，也就享受不到醫療保險的好處。80 年代改革開放以後，隨著人口老化、國有企業脫離政府羽翼保護，經營績效不佳的企業就難以再負擔職工醫保費用；逐漸增加流往非國有企業的農民工，也大聲疾呼爭取政府的醫療保障等現象浮現，各式有關醫療保險的需求，及相應的改革措施也就隨之展開。

改革開放以來，中國政府逐漸正視醫療保險問題，由地方政府開始，介入醫療保險制度的建立。1993 年中共十四屆三中全會通過「中共中央關於建立社會主義市場經濟體制若干問題的決定」，決議確立了以「實行社會統籌和個人帳戶互相結合」為原則的社會保障制度，此制度的最大特色即為，同時混合了強調個人責任的新自由主義與社會統籌分配的集體主義色彩。隨後，中國政府並依此制度，建立起一套包含養老保險、醫療保險、工傷保險、生育保險、失業保險等五

⁶² 狄巨海，「關於醫療保險制度改革的分析研究」，*商場現代化*，2010 年第 609 期，頁 82。

項以社會保險為主體的保障體制。

1994 年，中國政府選擇江蘇省鎮江市和江西省九江市進行醫療保險制度試點，隨後，在“兩江試點”的基礎上，1996 年 4 月，中國國務院辦公廳轉發了國家體改委、財政部、勞動部、衛生部四部委《關於職工醫療保障制度改革擴大試點的意見》，進行更大範圍的試點，1997 年醫療保險試點工作擴展到中國 58 個城市。⁶³

1998 年 12 月，國務院頒佈「國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定」，醫療保險制度仍遵循十四屆三中全會決議：個人責任與社會統籌分配的原則。以北京市為例，基本醫療保險費用由用人單位和職工共同繳納。⁶⁴個人繳納的保險費用和用人單位繳納的部分費用（約佔其繳納費用的 30%），構成醫療保險個人帳戶的主要來源，用於支付個人門診、急診醫療費用與藥費。社會統籌基金則主要用來支付住院費用與大病報銷。但是，統籌基金只給予一定比例的報銷，個人仍須負擔相當程度的醫療費用。因此，即便中國對城鎮職工醫療保險制度，衛生管理體制作了大幅度改革，醫療領域的高度市場化、各項醫療支出缺乏政府有效監督，醫療體制不夠健全等因素，使得「看病難、看病貴」仍存在中國各處。尤其許多績效不佳的公有企業並沒有加入醫保、非公有企業、非正式部門就業人員、農民工等參保率更是普遍偏低。

這段期間，中國國務院不斷擴大城鎮多層次醫療保險制度覆蓋率，除頒佈中國解放軍、鐵路系統工人等醫療保險辦法、陸續出台《關於城鎮職工靈活就業人

⁶³ 截至 1998 年底，全國參加醫療保險社會統籌與個人帳戶相結合改革的職工達 401.7 萬人，離退休人員 107.6 萬人，該年的醫療保險基金收入達 19.5 億元。到 1999 年被確定為試點地區的 58 個城市已全部開展了試點工作。

⁶⁴ 職工按本人上一年月平均工資的 2%，繳納基本醫療保險費；用人單位按全部職工繳費工資基數之合的 9%繳納基本醫療保險費。但此比例並非適用全國，例如上海市就規定用人單位的繳費比例是 12%。

員參加醫療保險的指導意見》、《關於推進混合所有制企業和非公有制經濟組織從業人員參加醫療保險的意見》等，還首度創建全國性醫療救助體系。⁶⁵

2005年7月，中國國務院辦公廳轉發了2005年4月民政部、衛生部、勞動和社會保障部、財政部發佈的《關於建立城市醫療救助制度試點工作的意見》，將於2005年起，以兩年為限，在各省、自治區、直轄市部分縣(市、區)進行試點，之後再用二至三年時間，在全國範圍內建立起管理制度化、操作規範化的城市醫療救助制度。

除建立城市醫療救助基金外，《意見》還規定救助對象主要是城市居民最低生活保障對象中未參加城鎮職工基本醫療保險人員、已參加城鎮職工基本醫療保險但個人負擔仍然較重的人員和其他特殊困難群眾。

2006年3月，國務院《國務院關於解決農民工問題的若干意見》出爐，醫療保險制度首度納入農民工。

同年5月，中國勞動和社會保障部發佈了《關於開展農民工參加醫療保險專項擴面行動的通知》，提出「以省會城市和大中城市為重點，以農民工比較集中的加工製造業、建築業、採掘業和服務業等行業為重點，以與城鎮用人單位建立勞動關係的農民工為重點，統籌規劃，分類指導，分步實施，全面推進農民工參加醫療保險工作」。

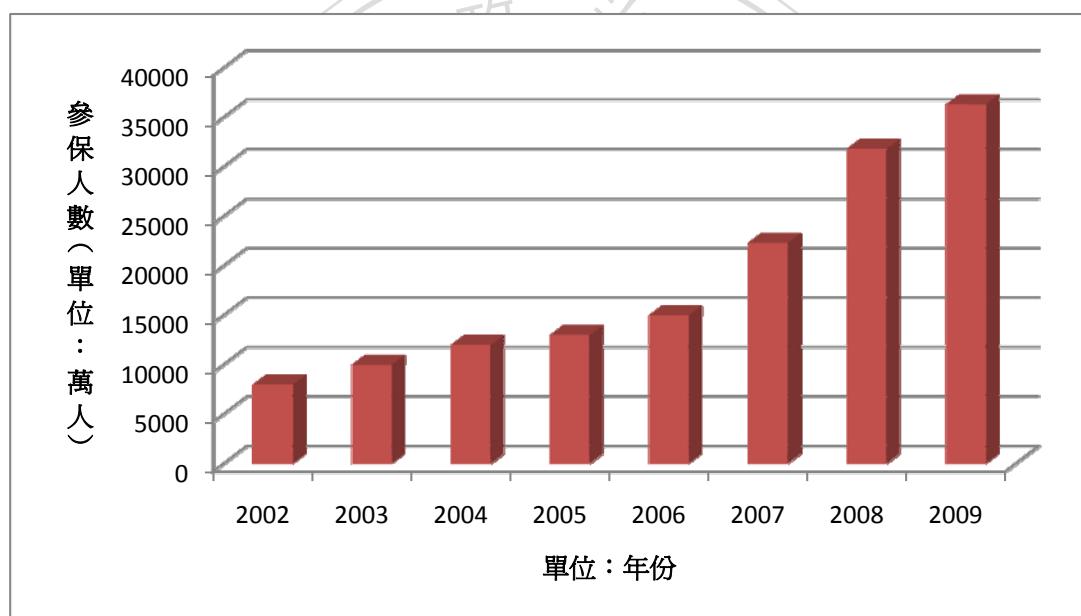
2007年至今，中國政府大力推行城鎮居民醫療保險制度試點，逐漸建立以「大病統籌」為主的城鎮居民醫療保險制度，並優先選擇有條件省分的其中一兩個市鎮，進行試點。中國國家統計局數據顯示（見圖3），截至2007年年底，

⁶⁵ 2005年之前，中國尚未實施全國範圍內的醫療救助制度。參見中國衛生部網站，<http://www.moh.gov.cn/>，2010年6月3日。

城鎮基本醫療保險的參保人數已超過 2 億，比上年度增加 6 千多萬人，佔城鎮總人口的 37.6%；其中參加城鎮職工基本醫療保險的人為 18202 萬人，而城鎮居民基本醫療保險的參保人數則有 4291 萬人。

到了 2009 年，城鎮居民基本醫療保險在全國所有城市展開，政府研擬有關破產國有企業退休人員的參保問題。截至 2009 年 9 月底，全國城鎮職工和城鎮居民醫保人數達到 3.63 億人，比 2008 年底新增 4478 萬人。

圖 3：2002~2009 年間，中國參加城鎮醫療保險人數的變化



資料來源：中國衛生部網站。

(二) 農村醫療保障體制：

農村地區醫療保險制度的核心是「農村合作醫療制度」。1979 年 12 月 15 日，衛生部、農業部、財政部、國家醫藥總局和全國供銷合作總社聯合下發通知，發佈《農村合作醫療章程(試行草案)》，80 年代初期，農村進行經濟體制改革，實行家庭聯產承包責任制，家庭成爲生產單位，合作醫療面臨瓦解。1994 年到 1996 年，官方與學界取得共識，承認並推廣農村合作醫療的重要性，但是，根

據官方統計，1993 年，農村合作醫療的覆蓋率為 9.8%；1996 年，農村實行合作醫療的行政村占全國行政村總數的 17.1%，覆蓋率為 9.6%，且發展極不平衡，主要集中在經濟比較發達的沿海省市，如上海、江蘇、廣東、浙江、山東等省份，而且大部分地區的農村合作醫療難以持續；1998 年為 6.6%，雖然比最低時的 4.8% 有所上升，但是整體情況並不理想。中國衛生部第三次衛生服務調查更顯示，2002 年，中國農村合作醫療制度的覆蓋率為 9.5%，仍有 79.1% 的農村人口沒有任何醫療保險。

因此，舊型農村合作醫療制度已不再能滿足農村居民的醫療要求，建立「新型農村合作醫療制度」成為官方與民間的共識。2003 年，中國衛生部、財政部、農業部下發了「關於建立新型農村合作醫療的意見」，指出新型農村醫療制度是由政府組織、引導、支持，農民自願參加，個人、集體和政府則多方籌資，以大病統籌為主的農民醫療互助共濟制度。在財政補貼上，中國政府也逐漸向新型農村醫療制度投以注視，⁶⁶並要求地方財政對參與新型農村醫療制度的補助不得少於人均 10 元人民幣。（見表 1）

「新農合」參保人數在近年有極大突破。中國衛生部統計，2007 年底共計有 2451 個縣（區、市）實施新型農業合作醫療制度，參保人數達到 7.3 億人，佔整體農民人數 86.2%。

表 1：2006~2008 年，以市轄區為例，中國新型農村合作醫療的籌資比例說明

年份	人均籌資額 (人民幣:元)	中央補助	地方財政	個人繳費

⁶⁶ 2008 年，中國中央財政對新農合制度的補助資金為 246.97 億元。喬希玲、馬姣，「對新型農村合作醫療籌資問題的思考」，中共太原市委黨校學報，2009 年第 4 期，頁 39。

2006	30	0	20	10
2007	72.5	0	62.5	10
2008	100	40	40	20

資料來源：喬希玲、馬姣（2009），「對新型農村合作醫療籌資問題的思考」。

由表 1 看出，2006~2007 年，中央未補助地方新型農村合作醫療籌資，直到 2008 年才提高補助金額，參保農民個人繳費也增加一倍。表一除顯示隨著醫療領域市場化帶來的醫療費用提高外，也展現了中共中央對於新型農村合作醫療制度的重視。另外，從 2006 年起，中共中央財政對中西部地區參加新型農村合作醫療的農民由每人每年補助 10 元提高到 20 元，地方財政也要相應增加 10 元。地方財政增加的合作醫療補助經費，並無明確規定省、市、縣（區）籌資比例，造成籌資彈性極大。中共中央認為，主要應由省級財政承擔，「原則上不由省、市、縣按比例平均分攤，不能增加困難縣的財政負擔」。另外，補助原則也有所調整，新增中央和地方財政補助資金應主要用於大病統籌基金，但也可適當用於小額醫療費用補助，提高合作醫療的補助水準。

第三節、中國藥品流通制度改革

藥品流通指的是藥品從藥品生產企業出廠後，經由各項管道到達消費者手中的過程。（見圖 4）由於藥品流通領域不僅牽涉藥品的生產與傳遞，還有藥品價格、醫藥人員服務素質等，如果管理不善，可能使劣質藥品流入市面，危害大眾健康。由於藥品市場的重要性，80 年代後，中國針對建政以來混亂的藥品市場，進行藥品生產領域、藥品價格、藥品流通、藥品分類管理等方面進行改革。

（一）藥品生產領域改革

在 1980 年代前，中國藥品流通領域秩序不佳，不僅多頭管理、多部門發文，法律法規體系更是不健全。1984 年，中國國家醫藥管理局頒佈了《醫藥商品質量管理規範（試行）》，即醫藥行業管理的 GSP 認證。1985 年，衛生部根據 1984 年的《藥品管理法》制定頒佈了《新藥審批辦法》，從此中國新藥的管理審批進入了法制化階段。

圖 4：中國藥品流通體系



資料來源：鳳凰財經網網站。

1992 年 3 月，修訂後的《醫藥商品質量管理規範》出爐，中國官方首次對醫藥商品質量、醫藥相關工作人員素質、醫藥經營企業等訂出衡量標準。1997 年，中國醫藥管理局、中國中醫藥管理局聯合發佈《關於印發〈藥品生產（經營）企業合格證管理辦法〉》的通知，規定藥品經營批發企業，需經企業所在地縣級以上地方藥品監督管理部門，批准並發給《藥品經營許可證》後，方可開業。1998

年，中國國家藥品監督管理局（以下簡稱監管局），隔年，監管局公布《藥品流通監督管理辦法（暫行）》，

針對紊亂的藥品流通秩序、醫藥行業規定，企業僅能銷售本企業生產之藥品、未經政府機關發給許可證之企業或個人不得買賣藥品等。此後，針對醫藥生產企業的人員素質、服務要求，醫藥商品的生產、供應等項目，醫管局陸續出台各項規範、意見、辦法，但是一直未設置正式法律。

為進一步整頓藥品市場秩序，改善假藥猖獗、醫藥市場買賣雙方的合約權責等問題，2001年2月8日，中國全國人民代表大會常務委員會正式修訂通過《中華人民共和國藥品管理法》。此法詳細記載有關藥品經營企業、執業藥師資格審核、藥品價格和廣告管理及各項法律責任的規定，也是迄今為止，中國唯一出台關於藥品流通管理方面的專門法律。

2002年8月，《中華人民共和國藥品管理法實施條例》進一步細化了《藥品管理法》中的相關規定。在生產品質方面，2005年10月，《藥品生產品質管制規範認證管理辦法》開始施行。

2003年，中國國家食品藥品監督管理局成立後，對於藥品的認證審批更加嚴格，凡通過GSP認證之藥品，應在國家食品藥品監管局網站公布，恪守藥品質量、流通資訊公開原則。如規定藥品經營企業需公布完整購銷清單、藥品生產企業需向政府部門實提供藥品的生產經營成本，醫院應向患者提供所用藥品的價格清單等。

2005年5月1日，中國國家食品藥品監督管理局頒佈的《藥品註冊管理辦法》開始施行。2007年《藥品註冊管理辦法》經過再一次的修訂，並於同年10月1日施行。2008年至今，藥品的註冊管理一直存在問題，尤其是新藥的審批，大量的仿製藥重複出現，藥品產業創新機制缺乏，中國正研擬下一波的改革。

（二）藥品價格管理體制改革

有關藥品價格的政策在 1995 年以前，主要是藥品管理機構的成立等政策宣示性文件。1996 年 8 月，隨著《藥品價格管理暫行辦法》的頒佈，藥品價格管理改革才算正式展開，這時主要圍繞「降低藥品虛高價格，減輕患者藥費負擔」的目標改善藥品價格。1998 年底，中國國家計畫委員會出臺了《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》，各地物價部門先後多次降低藥品價格。

2000 年發佈許多政策性文件，如《關於城鎮醫藥衛生體制改革的指導意見》、《關於改革藥品價格管理的意見》、《關於改革藥品價格管理的意見》、《醫療機構藥品集中招標採購試點工作若干規定》、《藥品招標代理機構資格認證及監督管理辦法》、《藥品政府定價辦法》、《國家計委定價藥品目錄》、《藥品政府定價申報審批辦法》以及《藥品價格監測辦法》等，進一步推動藥品價格管理改革。

2001 年 5 月，中國國家計委發出通知宣佈 69 種藥品的最高零售價；2004 年，中國國家發改委、衛生部聯合發佈《關於進一步加強醫藥價格監管減輕社會醫藥費負擔有關問題的通知》，要求各部門繼續降低政府定價藥品價格等。在不斷降價的同時，也對藥品定價進行了相應的改革。2006 年，國家發改委在《政府制定價格成本監審辦法》的原則下制定針對醫藥行業的《藥品定價辦法》，其徵求意見稿已經形成，正在徵求意見。整體來說，近 10 年中國連續 23 次降低藥品價格，高藥價問題一直沒有得到有效解決。

（三）藥品流通領域改革

在藥品流通領域，除了對藥品市場的監管，還包括藥品的集中招標政策以及醫藥關係的問題。1999 年 8 月《藥品流通監督管理辦法(暫行)》實施，規定了藥

品生產流通、相關從業人員審核等標準。

2000年7月，中國衛生部、國家計委等5部委印發《醫療機構藥品集中招標採購試點工作若干規定》，確定河南等四省市為試點地區。2000年9月，國家藥品監督管理局、衛生部發佈《藥品招標代理機構資格認定及監督管理辦法》。2004年9月，衛生部制定《關於下發〈關於進一步規範醫療機構藥品集中招標採購的若干規定〉的通知》。2007年5月，《藥品流通監督管理辦法》正式頒佈施行。

(四) 藥品分類管理體制和藥品目錄建立

實行藥品目錄管理，是政府干預市場的手段之一。中國於2000年1月起開始實行《處方藥與非處方藥分類管理辦法(試行)》後，由於藥品種類繁多，目前對於藥品的分類管理仍在進行當中。制訂藥品目錄的目的，除了控制藥價、規範製藥企業等，還使消費者有權自行選購非處方藥，企圖達成醫、藥分開的目的。現行幾項主要藥品目錄如最高指導性目錄：《國家基本藥物目錄》外，尚有《國家非處方藥品目錄》、《基本醫療保險藥品目錄》、《新型農村合作醫療藥品目錄》。

第四章 中國大陸現行之醫療體制

本章主要聚焦在中國大陸現行之醫療體制架構、管理辦法之現況發展和改革難題，共分四部分探討中國現行醫療體制。第一，檢視其基層醫療衛生體系結構與現況；其次，比較中國公私立醫院體系；第三，探討城鄉醫療保障體系現況與弊端；最後，分析有關藥品流通機制的政策法規與實施問題。

第一節、中國基層醫療衛生結構與現況

根據《中共中央國務院關於深化醫療衛生體制改革的意見》和《國務院關於印發醫藥衛生體制改革近期重點實施方案（2009-2011年）的通知》兩項文件，中國改革著力點為企圖進一步完善基層醫療服務體系，持續推進基本醫療保障體系建設。

2009年，中共中央醫改資金投入基層醫療服務體系建設資金200億元，支持農村和社區醫療衛生服務體系建設，支援986個縣級醫院（含中醫院）、3549個中心鄉鎮衛生院、1154個社區衛生服務中心建設；另撥付基層醫療衛生機構設備購置補助資金17.3億元。

改革以來，雖然各省步伐不一致、政府對醫療衛生費用的資金投入僅約佔GDP總值3%。⁶⁷但是整體上，無論城鎮或農村衛生機構總數、病床數、衛生人員總數、衛生總支出費用等各項資源皆呈現增加趨勢，尤其是1980年代初期增加最快，近年則因機構裁撤合併，數目略有下降。

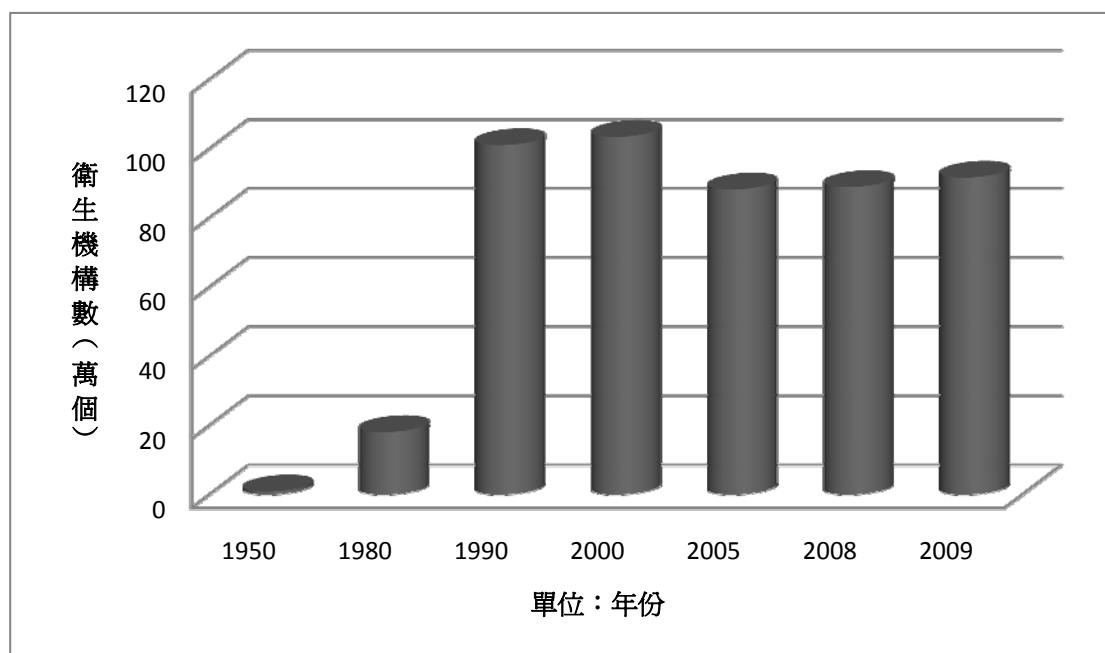
（一）中國衛生機構總數增加

據中國衛生部網站統計，截至去年（2009）年底，全國衛生機構總數（含村衛生室）91.7萬個，比去年增加2.5萬個。全國註冊醫療機構90.7萬個，其中：醫院20291個，社區衛生服務中心（站）2.7萬個，鄉鎮衛生院3.8萬個，診所（衛

⁶⁷ 狄巨海，「關於醫療保險制度改革的分析研究」，頁82。

生所、醫務室) 17.5 萬個，村衛生室 63.3 萬個。與上年比較，除鄉鎮衛生院減少 605 個(鄉鎮撤併和鄉鎮衛生院合併所致)，其他醫療機構增加，如 2009 年疾控中心比 2008 年增加 2 個；衛生監督(中心)增加 134 個等。(見圖 5)

圖 5：1950 年至今，中國衛生機構數量變化



註：衛生機構數包含各級醫院、衛生院、社區衛生服務中心(站)、療養院(所)、門診部(所)、村衛生室、婦幼保健院(所/站)、專科疾病防治機構、疾病預防控制中心、衛生監督所。

資料來源：中國衛生部網站。

(二) 中國醫療機構床位數增加

2009 年底，全國醫療機構床位 441.6 萬張，其中：醫院床位 312.1 萬張(占 70.7%)，衛生院床位 96.0 萬張(占 21.7%)，社區衛生服務中心(站)床位 13.1 萬張(占 3.0%)，婦幼保健院(所、站) 12.6 萬張(占 2.9%)。與 2008 年比較，醫療機構床位增加 37.9 萬張，其中醫院床位增加 23.8 萬張，衛生院床位增加 9.5 萬張。每千人口醫療機構床位數由 2008 年 3.05 張增加到 2009 年 3.31 張。

(三) 衛生人員總數增加

2009 年底，全國衛生人員總數（含村衛生室）達 784.4 萬人，比 2008 年增加 61.3 萬人（增長 8.5%）。衛生人員總數中，衛生技術人員（不含村衛生室，下同）539.7 萬人，其他技術人員 27.5 萬人，管理人員 36.3 萬人，工勤技能人員 55.8 萬人，村衛生室人員數 125.1 萬人。衛生技術人員中，執業（助理）醫師 220.5 萬人，其中執業醫師 182.5 萬人，註冊護士 184.1 萬人。與上年比較，衛生技術人員增加 36.7 萬人（增長 7.3%）。另外，每千人口執業（助理）醫師 1.75 人，每千人口註冊護士 1.39 人。（見表 2）

表 2：2008~2009 年，中國衛生人員數（萬人）

	2009	2008
衛生人員總計	784.4	723.1
1.衛生技術人員(不含村衛生室)	539.7	503.0
其中：執業(助理)醫師	220.5	208.2
內：執業醫師	182.5	171.5
註冊護士	184.1	165.3
藥師(士)	34.2	33.1
技師(士)	32.3	30.5
2.其他技術人員	27.5	25.5
3.管理人員	36.3	35.7
4.工勤技能人員	55.8	52.7
5.村衛生室人員數	125.1	106.2
執業(助理)醫師	12.4	10.6
註冊護士	1.4	1.8
鄉村醫生	104.2	89.4
衛生員	7.1	4.5
每千人口執業(助理)醫師	1.75	1.66
每千人口註冊護士	1.39	1.26

註：衛生人員總計包括村衛生室人員數；每千人口執業（助理）醫師和註冊護士包括村衛生室數位。

資料來源：中國衛生部網站。

（四）衛生總費用增加

2008 年，全國衛生總費用達 14535.4 億元，其中政府衛生支出 3593.9 億元（占 24.7%），社會衛生支出 5065.6 億元（占 34.9%），個人衛生支出 5875.9

億元（占 40.4%）。個人支出部分，幾乎是政府支出費用的一倍。而在衛生總費用的城鄉比例上，城市 11255.0 億元，占 77.4%；農村 3280.4 億元，占 22.6%。人均衛生費用 1094.5 元，其中城市 1862.3 元，農村 454.8 元。城市居民支出費用遠高於農村，顯示兩者無論在醫療資源或是使用頻率上，都大異其趣。衛生總費用占 GDP 百分比為 4.83%。

第二節、中國公私立醫院體系現況

中國的醫療體制從中央到地方層層分級，其中，非營利性醫院體系涵蓋不同層級的醫療機構。其公、私立醫院體系基本結構可以圖 6 表示：

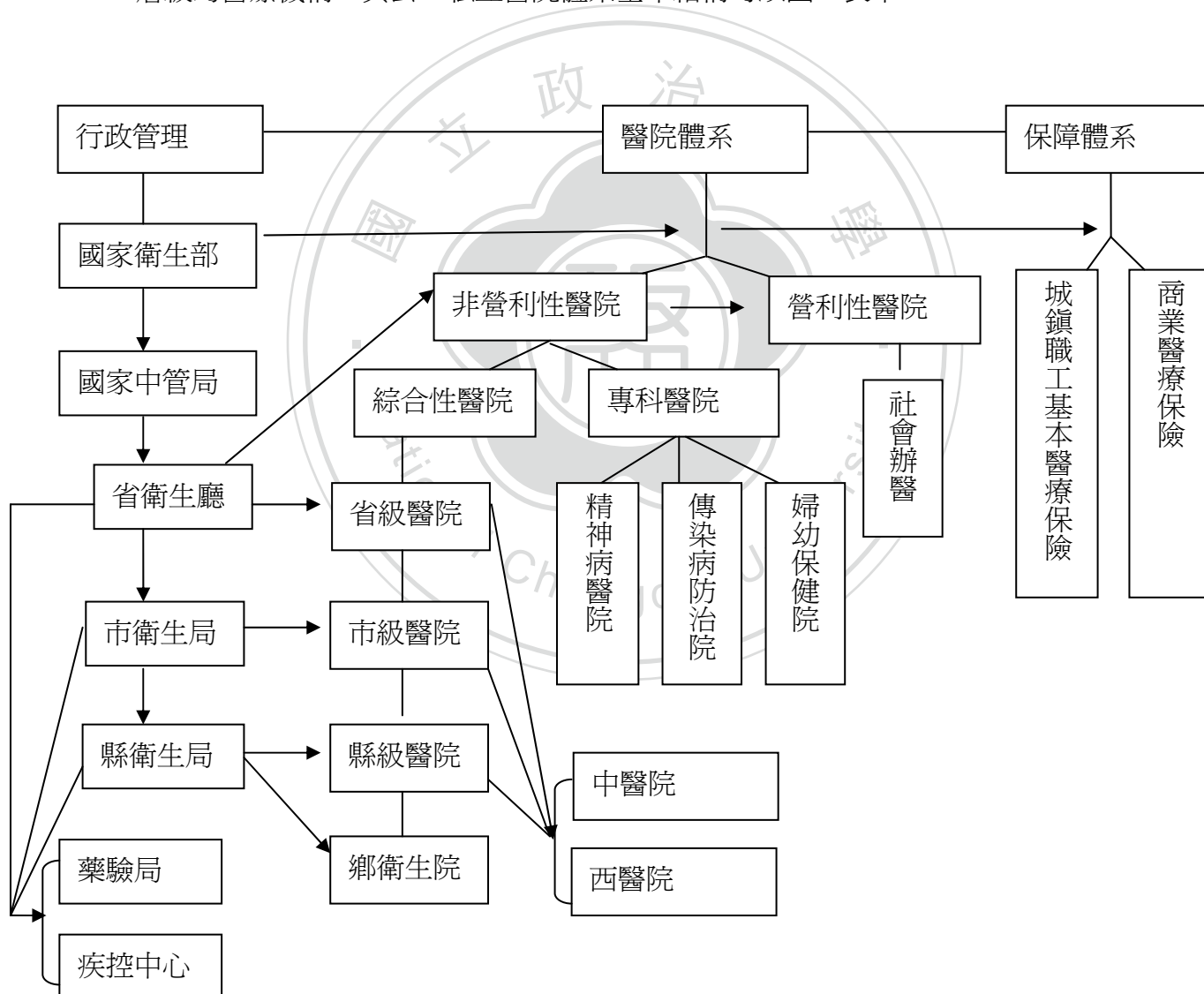


圖 6：中國醫療體系基本結構

資料來源：侯賓、崔瑾（2006），「中國醫療體系的現狀描述」。

從圖 6 可以看出，根據中國國務院頒發之《關於城鎮醫療機構分類管理的實施意見》的分類登記數據來看，⁶⁸中國非營利性機構總數佔醫療機構總數的 44.8%，看似與營利性機構總數相當，但是其中卻包含了十幾萬家私人診所，醫院數量極少。中國現行登記的各級各類醫院數據中（見表 3），非營利性醫院所佔比率超過 99%，營利性醫院比率不及 1%，有些市、縣甚至連一所營利性醫院都沒有。在全國總床位數比率中，非營利性醫院佔據 98.6% 總床位數。⁶⁹整體而言，中國約 16000 所醫療衛生機構中，絕大多數集中於城市，且 90% 左右都由政府創建。⁷⁰而公立醫院幾乎壟斷醫療市場，顯示「社會辦醫」⁷¹仍比「政府辦醫」還要弱勢，無論在規模、資源比較上，營利性醫療機構相對於非營利醫療機構，仍有極大發展空間。

表 3：2001 年中國部分城市醫療機構、床位數、醫院數統計

	機構數（個）		床位（張）		醫院數（個）		
	總計	私人開業	總計	私人開業	總計	民營醫院	私人開業
全國	330348	136853	3201248	10455	16781	—	219
廣東	14167	5542	172357	447	761	67	12
上海	4536	723	78822	—	538	71	3

⁶⁸ 根據此份文件，城鎮私人診所、私立醫院、股份制、股份合作制、中外合資醫院等列為營利性醫療機構；由政府舉辦、社會投資興辦、企事業單位設立的醫療機構則為非營利性機構。

⁶⁹ 黃存瑞、梁浩材，「中國非政府衛生機構研究」，*中國衛生事業管理*，2003 年第 7 期，頁 389。

⁷⁰ 參見張余、鞠美庭、孟偉慶，「公司合作模式在我國醫療服務業中應用的探討」，*中國衛生經濟*，2007 年第 5 期，頁 7。

⁷¹ 「社會辦醫」指的是，非官方的個人或團體所投資創辦的醫院。例如私人診所、民營醫院、股份制醫院、股份合作制醫院、中外合資醫院、及其他形式的非官方籌辦之醫院等，都在社會辦醫的討論範疇內。

浙江	16536	8797	115404	1185	451	45	14
福建	9765	5759	89769	285	337	18	6

資料來源：黃存瑞、梁浩材（2003），中國非政府衛生機構研究。

除了公、私立醫院比例懸殊之外，公立醫院內部資金來源約有 8% 來自政府或上級的財政補助（見表 4），雖然僅佔極小部分，但是由於醫院層級行政化的緣故，管、辦不分，行政管理和監管體制混為一體；公立醫院的院長囿於行政體制，往往由非醫學專業出身的政府官員出任，導致佔中國整體醫療機構九成以上的公立醫院問題重重。

表 4：2008 年中國政府興辦醫療機構之收入與支出一覽

項目	醫院			社區衛生服務中心	鄉鎮衛生院	婦幼保健院
		綜合醫院	中醫醫院			
機構數(個)	9598	5701	2223	2004	37370	1722
總收入(萬元)	6090229	4653490	7314617	2115960	7824301	2662425
財政補助收入	4926206	3359148	664618	448781	1375663	367622
上級補助收入	176158	137629	19296	44215	84198	11591
業務收入	55799885	43038153	6630703	1622964	6364441	2283211
醫療收入	29141989	22718628	3161261	480577	2597986	1525263
門診收入	10013454	7671472	1252816	368897	1335945	755754
內：掛號費	245650	173865	36829			18260
檢查收入	3896153	3149105	455865			237898
治療收入	2328009	1628634	349216			143188
手術收入	456036	341934	43296			58392
住院收入	19128535	15047156	1908445	111680	1262041	769509
藥品收入	25639821	19582971	3333967	1087475	3379503	706131
門診收入	10792813	7831581	1747714	985793	2067457	466395
住院收入	14847009	11751390	1586253	101681	1312046	239736
其他收入	1018075	736554	135475	54912	386952	51817

總支出(萬元)	58953855	45038295	7119393	2042195	7497550	2464880
財政專項支出	1418443	916600	205132	97146	277214	97080
業務支出	57535412	44121695	6914261	1945049	7220336	2367799
醫療支出	32784656	25316427	3695658	907936	4143881	1598441
藥品支出	24113386	18347510	3160360	981995	2900556	670221

資料來源：2009 年中國衛生部統計年鑑

2009 年 1 月，中國國務院頒佈的《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》中，改革重點之一即為強調改善公立醫院「管、辦不分」現況，強調公立醫院公益性，和政府監管有效性。為達到《意見》中「社會辦醫、政府管醫」的目的，研擬採取在衛生部門內、外設立獨立監督部門的方式、或採企業化法人經營作為，並計畫在多個城市公立醫院進行試點。⁷²

2010 年 1 月，公立醫院改革首先在中國鎮江、南充等 16 個城市進行試點。隔月，中國國務院即召開常務會議，正式討論並原則通過《關於公立醫院改革試點的指導意見》，決定按照先行試點、逐步推開的原則，由各省（區、市）分別選擇 1 至 2 個城市或城區展開公立醫院改革試點，並計畫於 2011 年全面推廣。唯目前各項公立醫院改革方案仍在研議階段，相關問題亟待解決。

第三節、中國醫療保障體制現況

目前，城鎮職工基本醫療保險、城鎮居民基本醫療保險、新型農村合作醫療和城鄉醫療救助體系，共同組成基本醫療保障體系，實施對象分別為城鎮就業人口、城鎮非就業人口、農村人口和城鄉貧困人口。從中國衛生部統計的 2003 年與 2007 年數據比較（見表 5）中，在整體社會醫療保險組成比例上，無參與任何社會醫保的人下降幅度極大；城鎮醫保參保人上升而其他醫保比率下降；新農合參保人比例在 2008 年達到近九成；公費醫保則是幾乎沒有進展。

⁷² 「透視新醫改方案中七大創新之處」，鳳凰財經網，
<http://finance.ifeng.com/news/hgjj/20090406/513053.shtml>，2010 年 4 月 6 日

表 5：2003 年與 2008 年，中國居民社會醫療保險構成一覽(%)

項目	合計		城市		農村	
	2008	2003	2008	2003	2008	2003
城鎮職工基本醫保	12.7	8.9	44.2	30.4	1.5	1.5
公費醫療	1.0	1.2	3.0	4.0	0.3	0.2
城鎮居民基本醫保	3.8	--	12.5	--	0.7	--
新農合 NCMS	68.7	--	9.5	--	89.7	--
其他社會醫保	1.0	12.0	2.8	15.2	0.4	10.9
無社會醫保	12.9	77.9	28.1	50.4	7.5	87.3

資料來源：2010 年中國衛生統計提要。

(一) 城鎮醫療保障體制

城鎮職工基本醫療保險和城鎮居民基本醫療保險的參保率，大致上，城鎮醫保體系參與人數超過四成；在參保人數、醫保基金收入和支出方面，東部大於中、西部。但是，醫保基金的政府投入與個人支出比率尚不足以完全減輕患者負擔(見表 6)。以住院費用來看，市級參保人個人負擔比例為 30%，而縣級參保人則達 40%。⁷³

表 6：中國 2004~2008 年與分區域鎮居民和職工基本醫療保險情況

年份 地區	參保人數(萬人)					城鎮職工基本醫保收支(億元)		
	合計	城鎮居民 基本醫保	城鎮職工 基本醫保	在職職 工	退休人員	基金收入	基金支出	累計結存
2004			12404	9045	3359	5780.0	4627.0	4493.0
2005			13783	10022	3761	6969.0	5401.0	6066.0
2006			15732	11580	4152	1747.1	1276.7	1752.4
2007	22311	4291	18020	13420	4600	2214.2	1551.7	2440.8

⁷³ 狄巨海，「關於醫療保險制度改革的分析研究」，頁 82。

2008	31822	11826	19996	14988	5008	3040.0	2084.0	3432.0
東 部	11666	1687	9979	7718	2261	1371.9	965.9	1502.3
中 部	6285	1764	4521	3268	1253	415.9	286.5	472.9
西 部	4360	840	3520	2434	1086	426.4	299.3	465.6

註：各區為 2007 年數據。

資料來源：中國人力資源與社會保障部網站

(二) 新型農村合作醫療保障體制

中國衛生部統計（見表 7），2009 年，新農合參保人數超過 8.3 億人，佔總體農村居民比例的 94%。全國共有 2716 個縣(區、市)開展了新型農村合作醫療。比上年度增加 1800 萬人；參保率增加 2.5%。

2009 年度新農合基金籌資總額為 944.4 億元，每位參保人平均支付 113.4 元。全國基金支出 922.9 億元；補償支出受益 7.6 億人次，其中住院病患補償 0.6 億人次，門診病患補償 6.7 億人次。

表 7：2004~2009 年，中國新型農村合作醫療情況

項目/年份	2004	2005	2006	2007	2008	2009
開展新農合縣(區、市)數	333	678	1451	2451	2729	2716
參保人口數(億人)	0.80	1.79	4.10	7.26	8.15	8.33
參保率(%)	75.2	75.7	80.7	86.2	91.5	94.0
當年籌資總額(億元)	40.3	75.4	213.6	428.0	785.0	944.4
人均籌資(元)	50.4	42.1	52.1	58.9	96.3	113.4
當年基金支出(億元)	26.4	61.8	155.8	346.6	662.0	922.9
補償受益人次(億人次)	0.76	1.22	2.72	4.53	5.85	7.59

註：2009 年全國開展新農合縣(區、市)數減少 13 個，原因為這 13 個縣(區、市)城鄉居民已統一實行居民基本醫療保險。資料來源：中國衛生部網站。

(三) 城鄉醫療救助體系

根據中國民政部統計（見表 8），2008 年，全國城市醫療救助支出 34.7 億元，救助 946 萬人次；農村醫療救助支出 56.9 億元，醫療救助 6559 萬人次。2008

年農村醫療救助中，資助參加新農合資金占 19%，大病救助資金占 72%；人均資助參合費用約 21 元，人均資助大病約 360 元。

表 8：中國 2005~2008 年與分區域鄉醫療救助體系發展

年份 地區	城市醫療 救助人次	農村醫療救助人次			城市醫療 救助支出 (萬元)	農村醫療 救助支出 (萬元)
		小計	醫療救助	資助參加 合作醫療		
2005	1150000	8550000			32000.0	57000.0
2006	1872000	15584000	2413000	13171000	81240.9	114198.1
2007	4420227	28944383	3770970	25173413	144379.2	280508.0
2008	4436000	41919000	7595000	34324000	297000.0	383000.0
東 部	1057098	5573649	487009	5086640	41830.8	65994.0
中 部	1421293	10330088	1218203	9111885	65240.3	108632.5
西 部	1941836	13040646	2065758	10974888	37308.1	105881.5

註：各區為 2007 年數據。

資料來源：中國民政部網站

(四) 城鄉二元醫保體制的弊端

透過上述城鎮居民與農村醫療保險制度的比較，城鄉二元差距不僅表現在取得社會福利的廣度，也展現在深度上。戶口制度限制了中國人的「福利近用權」。

74

由於城鄉二元戶口制度，並非僅是單純的人口登記和統計制度，還決定了公民的權利義務、社會地位、及應得的國家保障，因此將公共財政執行下的醫療保障體系複雜化、效果也難以彰顯。公共財政雖在近年注意到農村對於醫療保險制度的渴求，卻因起步較晚，在各項相關措施上，比不上城鎮醫療保險制度的完善。由於貧窮農民仍是中國政府棘手的社會問題，只要對於個人沒有立即、直接的收益，光靠口頭遊說，很難說服農民加入新型農村合作醫療制度，何況目前報銷制度雖然對農民就醫有所幫助，但是整體上仍無法完全卸除農民醫療負擔。例如，目前武漢市黃陂區的新型農村合作醫療報銷制度，為每人每次最多得報銷三千元，

⁷⁴ 此處的「福利近用權」為作者借用傳播理論中的「媒體近用權」轉換而來，意指獲取福利的機會。

年報銷費用累計不得超過一萬五千元。農民若是生大病，這樣的報銷補助，僅為杯水車薪。⁷⁵到 2006 年底，中國仍有 2148 萬農民處於絕對貧困，除去報銷的費用，大部分農民的負擔還是很重。

此外，進城的農民工在不同程度上受到歧視性的打壓，其中最主要的問題在於醫療、子女教育、居留與就業等方面。雖然在 1990 年代末，中國對城鎮職工醫療保險制度，衛生管理體制進行了改革，但是農民工大部分未能參與醫療保險，即便雇主有意為其投保，但考慮到支付保險等開銷問題，基本上農民工都沒有意願參與，自然未能享有醫療保險。農民工一旦生病，往往是到小醫院或私人診所看病，也有不少人自行買藥解決，農民工微薄的收入，根本不夠他們上大醫院就診。

另外，有些省分的農民工也無法享受到社區衛生服務。例如，直到 1995 年南京政府改善以前，南京市的農民工子女無法取得與當地兒童一樣的預防接種卡，懷孕婦女也不能在當地進行例行產檢。⁷⁶

第四節、藥品流通體制現況

藥品流通體制改革以來，各項藥品生產、經營管理、價格控制等法規政策，除以《中華人民共和國藥品管理法》和《中華人民共和國藥品管理法實施條例》為大原則；2010 年 7 月 7 日，中國衛生部進一步發佈《關於印發醫療機構藥品集中採購工作的通知》，《通知》中更詳細完備了《規範》試行辦法，確立藥品採購工作規範。其中，工作規範第一章第四條規定：「（中國）實行以政府主導、以省（區、市）為單位的醫療機構網上藥品集中採購工作。醫療機構和藥品生產經

⁷⁵ 楊前蓉，「淺議新型農村合作制度」，*新鄉學院學報*，2009 年第 3 期，頁 21。

⁷⁶ 姜曉兵，*農民工醫療保險研究*，（西北農林科技大學農業經濟管理學系博士論文：2008 年 5 月），頁 2。

營企業購銷藥品必須通過各省（區、市）政府建立的非營利性藥品集中採購平台開展採購，實行統一組織、統一平台和統一監管。執行國家基本藥物政策藥品的採購規範性文件另行制定。」企圖以限制藥品流通管道來矯正因藥品流通制度的不完備，使藥廠和經銷商藉由剝削消費者，從中獲取暴利的問題。但是，藥價仍然逐年高漲（見表 9）。

表 9：2008~2009 年，中國醫療機構門診和住院病人人均醫藥費用

	門診病人人均醫藥費用 (元)		住院病人人均醫藥費用(元)	
	2009	2008	2009	2008
醫院	152.0	138.3	5684.1	5234.1
社區衛生服務中心	84.0	87.2	2317.4	2514.2
鄉鎮衛生院	46.2	42.5	897.2	790.8

註：統計範圍為全中國醫院

資料來源：中國衛生部網站。

2009 年，醫院門診病人每次就診平均醫藥費中，藥費 78.3 元，占 51.5%；藥費比上年增加 7.3 元，藥費比重上升 0.1%。2009 年醫院住院病人人均醫藥費中，藥費 2480.6 元，占 43.6%；藥費比上年增加 204.3 元，藥費比重上升 0.1%。

2009 年，醫院門診病人人均醫藥費用 152.0 元，比上年增加 13.7 元！（按當年價格計算，下同），增長 9.9%；社區衛生服務中心門診病人人均醫藥費用 84.0 元，比上年減少 3.2 元，降低 3.7%；鄉鎮衛生院門診病人人均醫藥費用 46.2 元，比上年增加 3.7 元，增長 8.7%。

2009 年，醫院住院病人人均醫藥費用 5684.1 元，比上年增加 450.0 元，增長 8.6%；社區衛生服務中心住院病人人均醫藥費用 2317.4 元，比上年減少 200.2 元，降低 7.8%；鄉鎮衛生院住院病人人均醫藥費用 897.2 元，比上年增加 106.4 元，增長 13.5%。

從不同級別的綜合醫院看（見表 10），2009 年部、省、地級市、縣級市和

縣屬醫院次均門診費用比上年分別增加 23.7 元、18.6 元、11.9 元、9.0 元和 10.9 元；人均住院費用比上年分別增加 1217 元、1038 元、659 元、266 元、267 元。

表 10：2008~2009 年，中國不同級別綜合醫院門診和住院病人人均醫藥費用

	門診病人次均醫藥費用 (元)		住院病人人均醫藥費用(元)	
	2009	2008	2009	2008
部 屬	305.2	281.5	15197.3	13980.7
省 屬	238.4	219.8	12121.6	11084.1
地級市屬	164.5	152.6	7216.2	6557.1
縣級市屬	126.8	117.8	4381.1	4115.3
縣 屬	109.8	98.9	2978.6	2712.0

註：統計範圍為 4805 家綜合醫院。

資料來源：中國衛生部網站。

中國醫藥企業管理協會副會長牛正乾指出，藥價居高不下的關鍵在醫院雙向壟斷。⁷⁷作為買方，醫院買斷八成以上藥商；由於中國境內非營利性醫院總數遠超過營利性醫院，公立醫院內部又管、辦不分，表面上雖由政府統整採購平台，實際上，醫院對於採購數量和廠商的選擇涉入極深，形成一個不完全競爭市場；作為賣方，醫院又壟斷銷售管道，近乎專賣。⁷⁸無論藥商或病患皆無力與醫院討價還價，也直接促使中國衛生部頒佈的一系列抑制藥價虛高的政策法規失去應得之效果。

(一) 藥品流通法規實施問題：

中國藥品流通體制相關法規政策繁多，卻仍存在許多施行難處和缺陷：

(1) 法律規範體系不夠完善，各省規定不夠一致，存在不合理及法規空白現象。例如，新的藥品管理法並無明確規定假藥查緝的相關懲罰，以致不僅相關辦

⁷⁷ 參見「醫藥界人士曝藥品可賺 40000% 暴利 醫院雙向壟斷拿走 6 成」，鳳凰財經網，<http://finance.ifeng.com/news/special/xylgg/20100622/2332413.shtml>，2010 年 7 月 1 日。

⁷⁸ 據了解，某些公立醫院往往要求藥廠禁止將藥品販售給民營醫院或藥局，消費者被迫只能向醫院購買該項藥品。參考資料同上。

法得不到法條背書，更有可能形成法律漏洞。

(2) 藥品經營許可證的管理辦法不夠健全。

無證經營藥品的現象仍十分普遍，例如借他人證照買賣藥品、醫療機構假借各種名義向藥局兜售藥品、異地經營、網路經營或私人診所非法從事藥品買賣等。

(3) 政府相關部門執法不夠嚴謹，某些地區藥品經營企業品質低下，藥品買賣市場中充斥行賄、收取回扣等現象。

(4) 偏遠農村地帶常存在地下藥品買賣活動。許多未經國家認證許可的藥品在市集流通。

(5) 缺乏對不實藥品廣告的有效管理。致使有些藥商誇大療效、欺騙消費者，或任意哄抬價格。

(6) 地區間藥品流通的困難。由於對跨區域連鎖藥品經營的誤解，許多地區往往拒絕跨區經營藥企的申請，導致各區發展不均，消費者權益受損。⁷⁹

⁷⁹ 張新平、陳連釗主編，**藥事法學**，(北京：科學出版社，2004年)，頁37-40。

第五章、中國「新醫改」現狀與困境：「政府」 與「市場」之角力

放任市場機制將使消費者權益遭損害；完全由政府控管又會導致效率低下、政府財政負擔過重的難題。因此在中國醫療體制改革歷程中，「政府主導派」和「市場主導派」的攻防不斷，卻尚未有一完整定論。中國醫療體制改革，是否只有非市場即政府的唯二選擇？由政府 and 市場一同經營管理的可能性是否存在？本章將首先從中國 2009 年新醫改方案的分析出發，其次，分陳政府主導派論點和市場主導派立場，最後，討論政府與市場在醫改領域中的結合。

第一節、新醫改方案的改革重點與創新之處

中國醫療體制最普遍被詬病的問題為「看病貴」和「看病難」。看病貴，意味著醫療費用的不合理增長，超過一般消費者所能負擔的範圍；看病難，顯示醫療服務的可及性低，患者就醫不便。整體而言，中國醫療體制改革存在的難題簡述如下：

（一）中國醫療體制改革存在的難題

1. 公立醫院改革：沒有激勵機制，公立醫院醫護人員積極性不足；管理體制不夠完善，「管、辦不分」，最高行政人員以非專業領導專業；市場佔有率太高，未能形成醫療服務商品多樣化，損害消費者權益；政府財政投入太少，公立醫院必須自負盈虧搞「創收」，但公立醫院的看診費又有其上限，因此各家醫院採取藥品加價制度，對病患收取不合理的過高藥費，以此來提高醫院收入；甚至為了「創收」，醫生私下收取不當醫療服務費（紅包）也時有所聞，此可謂政府權力下放後的配套措施不完善之故。（見表 11）

表 11：1978~1993 年，中國公立醫療機構經費來源一覽

	1978	1986	1993
政府預算支出 (註 1)	28%	32%	14%
城鎮醫保體制補助 (註 2)	30%	33%	36%
農村醫保體制補助	20%	5%	2%
未計收入 (註 3)	20%	26%	42%
其他	2%	4%	6%
整體醫療支出占 GDP 比率 (%)	3.0	3.2	3.8

註：1.不包含政府對國營企業的職工保險支出。2.包含城鎮職工保險 (GIS)、勞工保險 (LI) 統籌支出。3.包含使用費、服務費、「紅包」等「檯面下支出」。

資料來源：Mark Selden (1999)，"China's Rural Welfare Systems: Crisis and Transformation"

2. 藥品生產流通體制的完善：相關法規體系不夠健全，對藥品生產企業、流通管道、價格管理控制不當，導致不實藥品廣告頻傳、假藥充斥市面；醫院藥品購銷流通管制不當，消費者無從選擇符合低廉且安全之藥品。

3. 醫療保險制度的普及：目前中國的醫療保險制度分為三種：一為針對農民的新型農村合作醫療、二為城鎮居民基本醫療保險、三為城鎮職工基本醫療保險，但是補助金額過低、報銷範圍過窄，個人負擔醫藥費用達到六成，許多民眾仍無法負擔保費，以致雖有保障制度，卻沒有被保障到等，存在亟待改善的迫切性。⁸⁰

⁸⁰ 2001 年，有超過八成的投保職工表示，未曾使用過社會統籌基金支付醫療費用。參見 Chack-kie Wong, Vai lo Lo, Kwong-leung, "China's Urban Health Care Reform", (Lanham: Lexington Books,2006) ,p.87.

4. 覆蓋城鄉的醫療衛生制度：醫療衛生機構品質良莠不齊，民眾普遍選擇大醫院就診，不願前往設備較差的社區醫院。導致大醫院人滿為患，小醫院瀕臨破產。近年來，雖然在醫療機構數量上有長足的提升，但是品質仍有待改善。⁸¹

對於上述醫療體制存在的缺陷，中國無論官方、民間、學術界已有普遍共識，但論及解決方法，則有許多不同的見解。2009年4月，統合各方意見，中國國務院正式出台《中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見》（下稱《意見》），⁸²亦即一般認知的「新醫改方案」，企圖以政府干預手段解決醫療領域問題。

（二）新醫改方案中宏觀指導原則

針對上述困難，2009年4月6日，中國國務院結合許多過去曾經頒佈的規章、法律、文件、辦法，出台新醫改方案，雖然只是框架性文件，並未有實際施行細則，卻因作為未來醫改的指導性方針，而引發學界熱烈討論。以下列舉《意見》中主要綱領性原則。⁸³

1. 加快推進基本醫療保障制度建設：

（1）未來三年，中國預計使城鎮職工醫保、城鎮居民（主要指城鎮非就業人口）醫保和新農合⁸⁴三大公立醫療保險的參保率提高到90%以上。⁸⁵

⁸¹ 李玉榮，「我國醫療衛生體制改革的主要問題及其對策」，*理論前沿*，2008年第23期，頁20。

⁸² 《意見》全文約13000字，共分六個部分。第一，充分認識深化醫藥衛生體制改革的重要性、緊迫性和艱巨性；其次，深化醫藥衛生體制改革的指導思想、基本原則和總體目標；第三，完善醫藥衛生四大體系，建立覆蓋城鄉居民的基本醫療衛生制度；第四，保障醫藥衛生體系有效規範運轉；第五，著力抓好五項重點改革，力爭近期取得明顯成效；第六，積極穩妥推進醫藥衛生體制改革。參見鳳凰財經網，<http://finance.ifeng.com/news/hgjj/20090406/513114.shtml>，2010年4月28日。

⁸³ 「中國出台醫療改革新方案」，鳳凰財經網，<http://finance.ifeng.com/topic/xylgg/index.shtml>，2010年1月5日。

⁸⁴ 新型農村合作醫療制度，是中國政府為解決農村居民看病就醫問題而建立的一項基本醫療保障制度。這項制度從2003年開始試點，經中國國務院估計，2008年已全面覆蓋農村地區，2009年第一季參與合作人數達到8.3億。中國政府網，

http://big5.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/xwfb/2009-07/13/content_1363939.htm，2009年7月19日。

⁸⁵ 以天津市城鎮居民醫療參保率為例，2009年底可達85%。朱光磊，「服務型政府建設對大陸地方政府發展的影響」，發表於中國地方治理：變遷、趨勢與挑戰研討會（台北：行政院國家科學委員會，2010年3月20日），頁3。

(2) 2010 年，對城鎮居民醫保和新農合的補助標準提高到每人每年 120 元，並適當提高個人繳費標準，提高報銷比例和支付限額。兩項醫保的最高報銷標準為中國人均收入的六倍。

2. 初步建立國家基本藥物制度

建立科學合理的基本藥物目錄，遴選調整管理機制，和供應保障體系，將基本藥物全部納入醫保藥品報銷目錄。

3. 健全基層醫療衛生體系

加快農村鄉鎮衛生院、村衛生室和城市社區衛生服務機構建設，實現基層醫療衛生服務網絡的全面覆蓋，加強基層醫療衛生人才隊伍建設，致力提高基層醫療衛生機構服務水準和品質。

4. 促進基本衛生公共服務逐步均等化

健全城鄉公共衛生服務體系，逐步擴大國家公共衛生服務項目範圍，向城鄉居民提供疾病預防控制、計畫免疫、婦幼保健、健康教育等基本公共衛生服務，提高經費投入。充分發揮中醫藥作用。從 2009 年起，逐步在全國建立統一的居民健康檔案。

5. 推進公立醫院改革

此次公立醫院改革強調公立醫院的公益性，重點改革公立醫院管理體制和運行、監管機制，提高公立醫療機構服務水準，規範診療行為，明顯縮短病患等候時間，實現檢查結果互認（亦即不同醫生的診療結果可相互承認）。推進公立醫院補償機制改革，加快形成多元化辦醫格局。

國務院進一步指出，公立醫院試點主要有五大任務，第一，完善公立醫院服務體系；優化公立醫院佈局，建立公立醫院與城鄉基層醫療衛生機構的分工協作機制；其次，改革公立醫院管理體制和運行、監管機制。積極探索「管、辦分開」的有效形式，增強公立醫院的生機和活力，進一步完善分配激勵機制；第三，改

革公立醫院補償機制，逐步取消藥品加成政策，實現由服務收費和政府補助來補償的機制；第四，加強公立醫院內部管理，提高醫療服務品質。最後，加快推進多元化辦醫格局。鼓勵社會資本進入醫療服務領域，鼓勵社會力量舉辦非營利性醫院。

（三）新醫改方案較過去創新之處

過去三十年來，中國提出許多有關醫療改革的相關政策、文件、實施辦法、通知等，不勝枚舉。新醫改方案究竟「新」在哪裡？與過去的醫改方案有何不同之處？以下將分五點分析。

1. 繼 2006 年 3 月，國務院《國務院關於解決農民工問題的若干意見》出爐，醫療保險制度首度納入農民工以來，2009 年新醫改方案中，規劃將關閉、破產企業和困難企業職工、大學生、非公有經濟組織從業人員和自由工作者等逐步納入城鎮職工或居民醫保範圍。⁸⁶
2. 有別於過去基本公共衛生制度的市場化傾向，首次明文確認公衛體制的公益性，並推行政府「購買服務」，⁸⁷彈性化政府財政投入機制，規劃政府職能向「服務型」政府轉變。
3. 有別於以往動輒 20 年以上的長程目標，首度設立三年的短期目標，期達成城鎮職工、居民人人投保的醫保體制，並訂定城鄉享受水準一致醫療衛生服務的目標。
4. 為增加公立醫院人員積極性、增加醫院收入來源，同時降低不當「藥品加價」現象，提高公立醫院價格調整彈性。《意見》指出，政府不僅將對非營利性

⁸⁶ 左學金、胡蘇云，「城鎮醫療保險制度改革：政府與市場作用」，頁 104-106。

⁸⁷ 北京大學政府管理學院教授顧昕指出，所謂「購買服務」，即指政府基於某種考慮，為某些公共服務，如公共衛生服務、某些基本醫療服務，全額或部分買單，但具體實施是通過競爭的方式，向所有符合條件的服務提供者購買服務。參見鳳凰財經網，<http://finance.ifeng.com/news/hgjj/20090407/513883.shtml>，2010 年 5 月 3 日。

醫療機構提供的基本醫療服務，實行政府指導價，其餘由醫療機構自主定價，也開展收取「藥事服務費」試點。

5. 規劃醫生多點執業，打破原本為醫院所有的封閉性醫事人員體系，目標為一方面擴大醫療服務的可及性，另一方面促進醫療人才流動率。唯相關配套措施若不足，將可能引發成本過高的問題。

第二節、「政府主導」派 vs. 「市場主導派」之爭論

本節將就中國醫療體制改革的相關難題，分別討論市場派與政府派所持的觀點，藉由對兩派論點的瞭解，試圖比較兩派的異同。

（一） 政府主導派

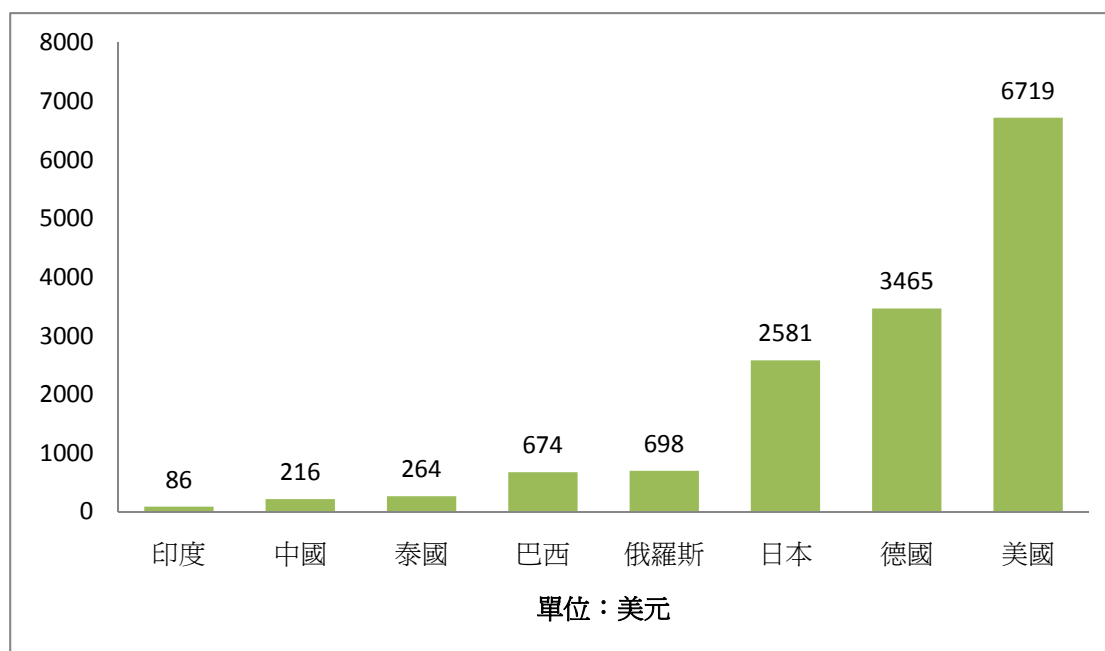
從經濟學角度來看，醫療服務作為一種商品而言，並非公共物品，可算是私人物品，理應由市場機制調節。但是由於供、需雙方間嚴重的資訊不對稱，市場機制無法完全發揮作用，亟待政府干預。

根據醫療領域的特性，政府派認為，醫療領域之所以問題重重，市場失靈嚴重，乃是因為政府職能未能在其中發揮之故。有鑑於此，政府派歸納出目前中國醫療醫療體制中，政府應適時介入而未介入完全的部分。

首先，政府的財政投入過少（見圖 7），尤其在醫療保障體制和衛生資源投入部分，個人負擔逐漸加重；⁸⁸在醫療救助體制方面，由於目前僅針對少數經濟極困難人群實施，因此財政投入易流於偏頗，勢必將引發其他團體的抗議。

⁸⁸ 王擴建，「雙重失靈下的醫療改革及對策」，頁 50。

圖 7：2006 年，中國與部分國家人均醫療衛生費用比較



資料來源：《2010 中國衛生統計提要》Chinese Health Statistical Digest 2010.

其次，在醫藥體制改革部分，由於政府未能嚴格把關藥品生產企業的證照發給，控制藥品生產許可、價格、使用範圍和質量標準，導致假藥頻傳、藥價不合理，而醫院、醫生收入與藥品收入息息相關的情形，也是藥價過高的主因。而新醫改強調建立藥品統一採購平台，採購主體卻仍為融買家與賣家雙重角色的醫院，此政策必將無法阻止醫院繼續以自身利益為考量，勾結藥商、變相售藥。⁸⁹

第三，相關醫療衛生部門權責不清情形嚴重。政府既是決策的制定者，又是政策的執行者、監督者，尤其是公立醫院體系，由於不當行政領導制度，政府未能有效發揮管理的職能，也沒有設立獨立的監督部門，導致效率低下、弊端叢生。

為解決上述由政府職能不足所引發的種種醫改問題，政府派強調，由於醫療領域的特殊性，唯一解決出路只能靠政府有所作為，如同過去計畫經濟時代，仰賴政府力量達成基層醫療衛生體系的完善。而今政府的施力點包含：第一，強化政府的籌資和分配功能，確保政府對醫療領域的投入，由於疾病風險的不確定性，

⁸⁹ 王擴建，雙重失靈下的醫療改革及對策，頁 48-49。

政府應負擔個人一部份醫療費用，以體現社會公益性；第二，介入醫療衛生機構的建設，避免過度集中城市，使城鄉醫療品質趨於一致；第三，組織不同層次的醫療服務體制，確立醫療服務的公益性，提供必要的醫療保健服務；第四，管理醫藥體制，實行「管、辦分離，醫、藥分開」，有效遏止醫、藥勾結弊端，以及降低經營成本、提高效率。⁹⁰第五，政府應增加對公立醫院的投資，負責發薪、培養公立醫院內部的醫護人員，以提升醫護人員的積極性，不能一味放任醫護人員在市場中「自尋生路」。⁹¹

（二） 市場主導派

1980 年代，由於經濟社會各領域的改革開放，醫療領域的市場機制逐漸引進，加上政府財政投入吃緊，因此市場主導派的論點應運而生。相對於政府派的觀點，市場派認為，即使醫療領域有其特殊性，但是不能樣樣都由政府包辦，需充分利用市場機制，以體現「小政府、大社會」為原則，⁹²一方面降低政府財政負擔，一方面解決行政效率不彰的問題。

市場派強調，政府在醫療領域中，只要做好出資、籌資、監管的功能，其他部分則交由市場機制自行運作。也就是說，政府應確保一個公平競爭、資訊透明的醫療環境，使生產者、消費者和醫療服務商品的流通順暢、生產供給鏈有效率。

政府在醫療環境的建構上，應注重建構競爭性的市場，雖然仍要關注醫療服務的公益性，但是更應強調以競爭方式，打破行政壟斷，提高服務質量和工作效率。

由市場機制自行運作，相較由政府全權管理，不但能達成相同的目標，還能降低行政資源的浪費。以醫療保障體制為例，若政府能確保全民醫保的實施，並

⁹⁰ 李玉榮，「我國醫療衛生體制改革的主要問題及其對策」，頁 20-21。

⁹¹ 「北大教授李玲：新醫改是改革公立醫院公益性的好契機」，鳳凰財經網，2010 年 6 月 2 日。
<http://finance.ifeng.com/news/video/20090409/525831.shtml>。

⁹² 左學金、胡蘇云，「城鎮醫療保險制度改革：政府與市場的作用」，頁 107。

且將醫療資源向農村等貧困地區投入，那麼將增加貧困人群的購買力，顯示市場化方式同樣能增進醫療體育的公平性。而市場競爭機制健全後，醫護人員領固定薪資的現象也將被打破，將有效提升其工作效率，避免出現因公家提供的醫藥資源而無謂浪費的現象。⁹³

整體來說，市場主導派的觀點有二：第一，強調市場競爭機制的必要性，以提升醫療服務質量，和醫護人員工作效率；第二，政府只應擔任籌資、分配和監管角色，確保醫療體制的基本公益性質，建構完善的市場競爭環境，以順暢市場機制運行。

第三節、有管理的競爭：政府和市場在醫改領域的結合

中國由計畫經濟體制向市場經濟體制轉型後，政府職能仍可以採取與過去計畫時代不同的方式監管、調節或參與市場。有別於非市場及政府的二元觀，近年，有學者提倡採取「有管理的競爭」(Managed Competition)，以為新醫改方案未來努力的目標。⁹⁴本節將以醫療保障體制改革與公立醫院改革為例，分二部分說明，分析市場與政府應如何在醫改領域中結合。

(一) 醫療保障體制改革：政府監管的內部市場

醫療領域因其資訊不對稱、外部性等特性，存在市場失靈，必須尋求政府的干預。但是政府力量進入，不代表市場機制就必須退出，政府與市場的關係並不是二元對立、「國進民退」的零和博奕；反之，政府常以作為市場的補充者角色涉入，而非市場的替代者。⁹⁵

中國的醫療制度改革，遭政府派詬病為市場化後，參保人自費比率太高、覆

⁹³ 趙娜，「新醫改—在政府與市場之間尋求平衡」，*經濟論叢*，2009年第8期，頁128。

⁹⁴ 由美國醫療保險專家安霍恩(Alain C. Enthoven)在1977年提出，主要強調在醫療保險和醫療服務之間，除加強競爭外，還需有效管理。參見顧昕，「走向有管理的競爭—醫保經辦服務全球性改革對中國的啓示」，*學習與探索*，2010年第1期，頁163。

⁹⁵ 如：顧昕(2010)、趙娜(2009)、王擴建(2006)、石光(2002)等。

蓋率低。但是，城鎮醫保投保率始終維持在五成以下，是因為政府尚未把職工的家庭成員、非正式工作從業人口、兒童、老年人等納入醫保範圍之故；而農村新型合作醫療雖然在政府的推動下，達到八成以上的覆蓋率，但是為了爭取地方政府為了爭取中央補貼，誘使民眾變相參保的情形卻所在多有。⁹⁶顯然，市場或政府的力量並非造成醫保體制覆蓋不廣的主因，根本原因在於制度設計本身就出了問題，使民眾參保意願降低。

為了解決上述問題，釐清醫療服務購買者和消費者的關係至為關鍵。由於在中國，醫療服務購買者和提供者往往融合為一，因此可參考英國與瑞典的模式，政府建構專職負責付費的公立組織或管理社保基金的獨立機構，而醫療提供者，無論是公立醫院或是民營醫院，都應在此「內部市場」中相互競爭，爭取政府的購買意願，也就是說，政府代替納稅人在這個模擬的內部市場中，購買醫療服務。

97

將政府管理和市場競爭機制，有效結合起來，將同時避免行政弊端和個人負擔過重問題。但是，由於中國的醫療水準不如歐洲國家先進，因此在進行醫保體制改革時，應注意推動醫保機構的專業化、競爭化和法人化，避免目前由各地方政府壟斷醫保機構的現象，使消費者購買對象不僅限於公立機構，也能在政府背書下的環境，自由選擇全國性質、不同所有制的醫療服務保險機構。

（二）公立醫院改革：自主化、民營化、法人化

政府派認為，由於市場化引進，導致醫院不當收取藥費的情況，且只青睞有能力支付者，也形成不公平現象，因此主張恢復公營機構的公益化，強調政府職能的發揮。但是中國醫療領域原本就是幾乎由公立醫療機構壟斷的市場，民營機構極少，顯然無法體現公益性的原因並非完全是市場化之因，而是公立醫院內部的管理與監督制度不合宜之故。

⁹⁶ 參見中國衛生部網站，<http://www.moh.gov.cn/>。

⁹⁷ 顧昕，「走向有管理的競爭——醫保經辦服務全球性改革對中國的啟示」，頁 164-165。

非醫事專業的官僚制度宰制了公立醫院內部的管理階層，衛生部做為醫療機構的主辦者和監管者，醫療資源配置往往容易產生矛盾。據統計，衛生部財政投入偏向各級醫院，對基層衛生醫療的投入相對少了許多。

針對此種制度瑕疵，中國公立醫院應遵循世界銀行公布的全球公立醫院改革模式：第一，自主化。公立醫院仍為公立部門的一部份，但是其所有日常業務的管理由官僚體制轉移至醫院實際管理者；第二，民營化。國有資產應以各種方式向民營機構出售，政府解除對醫院的直接控制。雖然目前中國政府正在推行「社會辦醫」，但是民營醫療機構仍力量薄弱，政府依然是主要的監管者。第三，法人化。公立醫院獨立於政府機構之外，成為一個法人團體，並且建立法人治理結構，避開官僚管理弊端。

整體而言，新醫改方案中對於公立醫院的改革，不能一味強調政府主導，應調整對於民營企業帶來醫藥價格上漲的恐懼心理。⁹⁸如果政府在不營利性機構方面管理得宜，避免管、辦不分的情況；另外，向符合資格的營利性醫療機構支付合理的費用，以購買其醫療服務，並遵循上述改革方向。如此一來，一方面，非營利性醫療機構提升質量以迎合競爭市場；另一方面，營利性機構將會承擔公共醫療衛生服務，使中國公立醫院改革逐步往低成本、高效率方向前進。

⁹⁸ 醫院所有制的比例與醫藥費用並無直接關係。參見顧昕，「走向有管理的市場化：中國醫療體制改革的戰略選擇」，頁 21。

第六章 結論與建議

本章將分兩部分提出結論與建議。第一部分研究發現中，整理中國醫療體制缺陷與醫改現狀；第二部分則在研究建議中，試圖提出合理的政策建議，並提示未來可能的研究方向。

第一節、研究發現

中國醫療體制自 80 年代改革以來，至今存在市場化弊端和政府失靈現象。2009 新醫改方案的提出，將針對如醫療資源過度集中、公立醫院內部權責不清、醫療保障體制覆蓋面不夠廣，實施對象不夠全面，個人負擔比率仍高、藥品流通體制法規不夠健全等主要醫療體制問題，進行相應的改革。

(一) 相關醫改問題及改革方案

1. 基層醫療衛生體制改革

各區域醫療資源分佈極不平均，大體來講，東部大於中、西部，設備良好的大、中醫院集中在大城市，農村地區的衛生院、診所等，不僅設備簡陋，衛生條件不佳，政府財政資源投入，也多半挹注於各城市醫院，相對剝奪了鄉村基層醫療衛生體制的預算。公、私立醫療機構比例懸殊，在綜合醫院的比較上，公立醫院幾乎壟斷市場，佔有率 90% 以上，導致醫療領域活力不足，政府態度影響至深，消費者無從進行多元化選擇。

新醫改方案中，首先針對城鄉醫療資源懸殊問題，提出將加強政府對農村及偏遠地區的財政投入，並規劃醫生多點執業，打破原本為醫院所有的封閉性醫事人員體系。一方面擴大醫療服務的可及性，另一方面促進醫療人才流動率。唯相關配套措施若不足，將可能引發成本過高的問題。

其次，有別於過去基本公共衛生制度的市場化傾向，新醫改明確指出公衛體制的

公益性，並推行政府「購買服務」，彈性化政府財政投入機制，規劃政府職能向「服務型」政府轉變。

2. 公立醫院改革

公立醫院體制中，政府既是資金和指導的提供者（A Provider of Fund and Direction），又是服務遞送者（A Deliver of Services），權責不清情況相當嚴重。⁹⁹而醫院內部資金來源約有 8% 來自政府或上級的財政補助，雖然僅佔極小部分，但是由於醫院層級行政化的緣故，管、辦不分，行政管理和監管體制混為一體；公立醫院的院長囿於行政體制，往往由非醫學專業出身的政府官員出任；再者，醫護人員的積極性不足，收取不當醫事服務費和藥品加價等情形普遍。

為提高公立醫院人員積極性、增加醫院收入來源，同時降低不當「藥品加價」現象，新醫改方案指出，政府不僅將對非營利性醫療機構提供的基本醫療服務，實行政府指導價，其餘由醫療機構自主定價，也開展「收取藥事服務費」試點。另外，新醫改還強調設置公立醫院獨立監管機制的構想，但因尚在研議階段，將採試點方式進行。

3. 醫療保障體制改革

中國自 50 年代以來建立的城鄉二元醫保體制，至今雖有實施範圍和內容的差異，但是在城鄉二元體制上卻無太大改變。在城鎮醫保方面，實施對象不夠廣，2009 年才決議納入退休職工、學生、自由從業人員等對象；報銷比例不高，人均政府補助不足以減輕投保人負擔，導致每五名患者中，就有一人因需住院而放棄就診。

在新農合醫保部分，雖在近年達到九成以上的覆蓋率，但是政策未具體細分中央與地方權責；全民醫保理念過於籠統，缺乏可操作性；在分工未明的情況下，

⁹⁹ 張建平，中國農村合作醫療制度研究，頁 10-11。

易流於中央政府請客，地方政府買單，或是政府單向承諾的口頭支票。¹⁰⁰而政府公共財政雖在近年注意到農村對於醫療保險制度的渴求，卻因起步較晚，在各項相關措施上，比不上城鎮醫療保險制度的完善。

為解決醫改弊端，新醫改方案中首先指出，未來三年，預計使城鎮職工醫保、城鎮居民（主要指城鎮非就業人口）醫保和新農合三大公立醫療保險的參保率提高到 90% 以上；其次，將於 2010 年，對城鎮居民醫保和新農合的補助標準提高到每人每年 120 元，並適當提高個人繳費標準，提高報銷比例和支付限額。

4. 藥品流通體制改革

藥品相關法律規範體系不夠完善，各省規定不夠一致，存在不合理及法規空白現象。無證經營藥品的現象仍十分普遍，例如借他人證照買賣藥品、醫療機構假借各種名義向藥局兜售藥品、異地經營、網路經營或私人診所非法從事藥品買賣等。在執法方面，政府相關部門執法不夠嚴謹，某些地區藥品經營企業品質低下，藥品買賣市場中充斥行賄、收取回扣等現象。¹⁰¹

在新醫改方案中，政府研擬建立科學合理的基本藥物目錄，遴選調整管理機制，和供應保障體系，將基本藥物全部納入醫保藥品報銷目錄，以確保藥品流通順暢。

而在藥品購銷部分，雖然政府將建立藥品統一採購平台以平衡藥價，但中國公立醫院為政府管轄，既是採購者又是銷售者，在「醫、藥不分」的情況下，作為買方，醫院買斷八成以上藥商，形成一個不完全競爭市場；作為賣方，醫院又壟斷銷售管道，近乎專賣。藥價居高不下的關鍵，正是受到此種醫院雙向壟斷的影響。顯示未來藥品流通體制的改革將應朝法規健全之路邁進。

¹⁰⁰ 丁學坤，「『新醫改方案』的社會保障新思維」，**法制與社會**，2009 年 12 期，頁 205-206。

¹⁰¹ 張新平、陳連釗主編，**藥事法學**，頁 45。

第二節、研究建議

在蒐集與分析醫改相關問題的資料後，作者認為除了爭論至今的「政府主導派」和「市場主導派」觀點，尚存在「第三方管理」的可能性。以下將據此提出政策建議。

（一）政策建議

除了以強制提供公益的政府，和自願提供私益的市場外，自願提供公益的第三部門，是中國新醫改繼政府結合市場論調後，值得考慮的新方向。

避開政府效率不彰，與市場抬高售價的弊端，第三部門的管理結合自願性和公益性，在分類上仍是屬於「非營利性機構」。只不過，第三部門不同於政府，遵循自願性質的經營原則，擁有獨立監管機制；也不同于市場，經營利潤結餘，必須繼續擴大公益規劃，不能納為私利。

但是，如果外部沒有完善的法源限制，機構內部沒有健全的行政準則，將導致「志願失靈」(Voluntary Failure)，偏離其非營利性與公益性的初衷。¹⁰²中國的「大政府」現象十分顯著，由於限制團體集結的法律，使得第三部門一直無法活躍。現存的第三部門，也往往受制於政府的監管，為體現政府的政策目標而設立，很難不受影響。

因此，中國醫改若要在政府與市場外，出現第三方管理的可能性，首先必須限制政府干預力道，政府應以建設第三部門發展的客觀環境為主，避免干預其內部運作；其次，完善外部法規環境，建立統一管理的政府部門，避免多頭治理情況；第三，強制要求第三部門的透明化資訊，建立其資訊披露、發佈、分析和懲罰機制，讓第三部門接受全民監督。

¹⁰² 石光，「市場失靈、政府失靈、志願失靈與衛生改革」，頁 16。

中國醫改前景，若能在結合政府治理、市場機制、第三方管理的多元環境下發展，對於目前偏重任一方的醫改，將能發揮更大的互補作用。

（二） 未來研究方向建議

中國醫療體制改革研究過程中，由於幾項因素，導致資料蒐集與分析上的困難。首先，醫改牽涉範圍極廣，目前相關研究多針對某一領域或個案進行探討，少有宏觀性相關研究；第二，政府各部門呈現多頭管理、不統一發文的情況，導致政策文件蒐集不易；第三，新醫改方案實施歷程只有一年多，且僅是框架性文件，試點方式盛行，並無全國統一的具體實施細則，不但數據統計困難，也難以評估實際成效。

針對上述研究難題，作者的未來研究方向的建議有二。第一，應朝宏觀性研究邁進，蒐集全國範圍內的醫改實施現況，促使中國政府建立政策發佈統一平台，及各省的統計數據資料庫，一方面方便研究者查詢分析，另一方面增進中國政府資訊透明化、數位化，為相關研究設置資料查找起點。

第二，醫療改革進程自 1980 年代以來，雖已超過三十年，但是相關政策效果的評估仍停留在「預估」上，實際引用國內、外數據進行比較、且呈現醫改實情的研究不多；即使有數據分析，也多半是過時的舊數據。新醫改方案實施後，未來，將可針對新醫改實施效果，利用田野調查方法，設計相關問卷，在不同階段、不同地區進行訪查研究。如此一來，將可逐漸建立醫改文獻的質量，相信將能使相關研究更加充實、完整。

參考文獻：

一、中文專書

Charles E. Lindblom、Edward J. Woodhouse 著，陳恆鈞、王崇斌、李珊瑩譯，**最新政策制訂的過程**（臺北：韋伯文化，2001 年）。

Gordon Tullock，徐仁輝、陳敦源、黃光雄譯，**政府失靈—公共選擇的初探**（臺北：智勝出版社，2005 年）。

王正、徐偉初，**財政學**（臺北：國立空中大學出版，1992 年）。

中共中央文獻研究室，**中國 1978-2008**（湖南：中央文獻出版社，2009 年）。

林毓銘，**社會保障管理機制**（北京：社會科學文獻出版社，2006 年）。

吳國光編，**國家、市場與社會—中國改革的考察研究，1993 至今**（香港：牛津大學出版社，1994 年）。

吳敬璉，**計畫經濟還是市場經濟**（北京：中國經濟出版社，1993 年）。

吳敬璉，**當代中國經濟改革—戰略與實施**（上海：上海遠東出版社，1999 年）。

周雪光主編，**當代中國的國家與社會關係**（臺北：桂冠出版社，1992 年）。

邱曉華等編，**從十四大到十五大 大跨越—1992-1996 年中國經濟**（北京：中國統計出版社，1999 年）。

黃德北，**當代中國雇傭工人之研究**（臺北：韋伯出版社，2008 年）。

趙錫文主編，**中國農村公共財政制度**（北京：中國發展出版社，2005 年）。

張建平，**中國農村合作醫療制度研究**（北京：中國農業出版社，2006 年）。

張新平、陳連釗主編，**藥事法學**（北京：科學出版社，2004 年）。

二、中文期刊論文

丁學坤，「『新醫改方案』的社會保障新思維」，**法制與社會**，2009 年 12 期。

王平霞、朱小云、魯玉玲，「某市新型農村合作醫療住院補償基金使用情況」，**咸寧學院學報**，2009 年第 4 期。

王擴建，「雙重失靈下的醫療改革及對策」，**河北廣播電視大學學報**，2006 年第 2 期。

石光，「市場失靈、政府失靈、志願失靈與衛生改革」，**中國衛生經濟**，2002 年第 7 期。

朱光磊，「服務型政府建設對大陸地方政府發展的影響」，發表於中國地方治理：變遷、趨勢與挑戰研討會（台北：行政院國家科學委員會，2010 年 3 月 20 日）。

左學金、胡蘇云，「城鎮醫療保險制度改革：政府與市場的作用」，**中國社會科學**，2001 年第 5 期。

李衛平、鍾東波，「中國醫療衛生服務業的現狀、問題與發展前景」，**中國衛生經濟**，2003 年第 5 期。

李玉榮，「我國醫療衛生體制改革的主要問題及其對策」，**理論前沿**，2008 年第 23 期。

沈慧華、鄧巍，「新醫改實行現狀譏議」，**大眾商務**，2009 年第 12 期。

狄巨海，「關於醫療保險制度改革的分析研究」，**商場現代化**，2010 年第 609 期。

高春亮、毛豐付、余暉，「激勵機制、財政負擔與中國醫療保障制度演變—基於建國後醫療制度相關文件的解讀」，**管理世界**，2009 年第 4 期。

周雪光，「論一管就死，一放就亂」，**當代中國研究**，1991 年第 5 期。

翁小丹，**醫療保險的基礎風險與醫療保障制度建設**（北京：經營管理出版社，2010 年）。

- 楊士林，「論社會保險法律關係的特點」，**工會論壇**，2010 年第 2 期。
- 楊前蓉，「淺議新型農村合作制度」，**新鄉學院學報**，2009 年第 3 期。
- 喬希玲、馬姣，「對新型農村合作醫療籌資問題的思考」，**中共太原市委黨校學報**，2009 年第 4 期。
- 張競文，「淺析醫療服務行業的市場失靈和政府失靈」，**黑龍江科技信息**，2008 年第 13 期。
- 孫博洋，**醫藥銷售市場中不和諧問題產生及解決對策的思考**，（吉林大學企業管理學系碩士論文，2005 年 5 月）。
- 侯賓、崔瑾，「中國醫療體系的現狀描述」，**雲南中醫學院學報**，2006 年第 29 期。
- 黃存瑞、梁浩材，「中國非政府衛生機構研究」，**中國衛生事業管理**，2003 年第 7 期。
- 陳瑤、孟偉、劉國恩、陳鋼，「中國醫療保險對城鎮居民藥品經濟負擔影響研究」，**中國藥物經濟學**，2009 年第 1 期。
- 張余、鞠美庭、孟偉慶，「公司合作模式在我國醫療服務業中應用的探討」，**中國衛生經濟**，2007 年第 5 期。
- 姜曉兵，**農民工醫療保險研究**，（西北農林科技大學農業經濟管理學系博士論文：2008 年 5 月）。
- 俞彤、胡鴻、卞呈祥，「新醫改背景下的公立醫院改革戰略分析」，**經濟研究導刊**，2010 年第 18 期，頁 201-202。
- 趙娜，「新醫改—在政府與市場之間尋求平衡」，**經濟論叢**，2009 年第 8 期。
- 劉兆隆，**中國醫療改革的制度分析**，（政治大學政治學系博士論文，2004 年 2 月）。

劉霖，「醫療市場化與政府角色」，**福建論壇(人文社會科學版)**，2007 年第 2 期，

顧昕，「醫療衛生資源的合理配置：矯正政府與市場雙失靈」，**國家行政學院學報**，
2006 年第 3 期。

顧昕，「走向有管理的市場化：中國醫療體制改革的戰略選擇」，**經濟社會體制比較**，2005 年第 6 期。

顧昕，「走向有管理的競爭—醫保經辦服務全球性改革對中國的啓示」，**學習與探索**，2010 年第 1 期。



三、英文專書

Arijita Dutta,” Prospects of Ancient Medical Systems in India and China in Today’s World”, B. Sudhakara Reddy ed., **Economic Reforms In India and China: emerging issues and challenges**,(New Delhi, India : SAGE Publications, 2009),pp.375~390.

Chack-kie Wong, Vai lo Lo, Kwong-leung Tang , **China’s Urban Health Care Reform** , (Lanham: Lexington Books, 2006), p103.

Edited by David Silverman, **Qualitative research: theory, method, and practice** ,(London :Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications, 2004)

Mark Selden, “China’s Rural Welfare Systems: Crisis and Transformation”, Hsin-hsing Wu ed, **PRC Political Economy : Prospects Under Jiang Zemin**,(Taipei, Taiwan : Graduate Institute of Political Science, 1999), p.37.

Ofra Anson 、Shi-Fang Sun, **Health Care In Rural China: Lessons from HeBei Province**, (England: ASHGATE, 2005), pp.9~43.

Joseph Femia, **Pareto and political theory** , (London : Routledge, 2006) , pp.23~30 。

四、網站

中國新華網，<http://news.xinhuanet.com/>。

中國國家統計局，<http://www.stats.gov.cn/>。

中國勞工通訊，<http://www.clb.org.hk/>。

中國人民網，<http://www.people.com.cn/>。

中國共產黨新聞網，<http://cpc.people.com.cn/>。

中國衛生部網站，<http://www.moh.gov.cn/>。

中國政府網，<http://www.gov.cn/>。

中國國家發展和改革委員會網站，<http://www.ndrc.gov.cn/>。

中國國務院網站，<http://www.gov.cn/>。

鳳凰財經網，<http://finace.ifeng.com/>。



附錄：中國醫療體制改革重要大事紀

年度	日期	事件內容
1952	6/27	政文字第 47 號文件「中央人民政府政務院關於全國各級人民政府、黨派、團體及所屬的事業單位的國家工作人員實行公費醫療的預防指示」。
1952	8/30	公布「國家工作人員公費醫療預防實施辦法」
1953	1/23	53 衛字第 93 號「衛生部關於公費醫療的幾項規定」
1956	8/21	(56) 國人事字第 2289 號；(56) 衛徐字第 400 號；內優(56)字第 429 號「國務院人事局、衛生部、內務部為國家機關工作人員退休後仍應享受公費醫療待遇的通知」。
1957	2/16	57 衛崔字 68 號、57 會險通字 19 號「衛生部、全國總工會關於重點試行『批准工人、職員病、傷生育假期試行辦法』和『醫務勞動鑑定委員會組織通則』」
1960	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」
1978	6/7	國務院批轉衛生部「關於建議成立國家醫藥管理總局的報告」

1979	2/20	公布「新藥管理辦法（試行）」
1979	4/28	財政部、衛生部與國家勞動總局聯合發出「關於加強醫院經濟管理試點工作意見的通知」
1979	12/25	衛生部頒發「農村合作醫療章程（試行草案）」
1980	10/23	衛生部發佈「衛生部關於當前加強縣醫院工作的幾點意見」
1981	3/18	衛生部頒發「醫院經營管理暫行辦法」
1981	5/22	國務院頒發「關於加強醫藥管理的決定」
1984	6/6	衛生部與財政部印發「關於公費醫療報銷問題的批價」
1984	9/20	「中華人民共和國藥品管理法」經第六次全國人大常委會第七次會議通過，由主席李先念公布，自 1985 年 7 月 1 日起實施。
1985	8/30	公布「醫療衛生事業單位工作人員工資制度改革實施方案」與「關於護土工齡津貼的規定」
1986	7/8-12	全國農村衛生改革與建設學術討論會在山東煙台召開；並成立「中國農村衛生協會」。
1986	9/9	衛生部、財政部、勞動人事部聯合發出「關於業餘醫

		療服務收入提成的暫行規定」。
1987	7/1	衛生部發佈「衛生部藥品審評委員會章程」
1988	10/28	衛生部發出「關於加強醫療工作管理的通知」
1989	8/9	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」
1990	1/24	國家中醫藥局發佈「關於整頓中藥流通秩序的通知」
1990	10/15	國家中醫藥局、國家物價局聯合發出「關於整頓中藥價格的通知」
1994	不詳	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」
1994	不詳	體改分（1994）第 51 號文件「國家體改委、財政部、勞動部、衛生部印發『關於職工醫療制度改革的試點意見』的通知」
1998	12/14	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」
2000	12/25	國發（2000）第 42 號文件「國務院關於印發完善城鎮社會保障體系試點方案的通知」

2002	8/12	勞社廳發（2002）6號「關於加強城鎮職工基本醫療保險個人帳號管理的通知」
2003	1/16	國辦發（2003）3號「國務院辦公廳轉發衛生部等部門關於建立新型農村合作醫療制度的意見」
2003	3/5	勞社部發（2003）5號「關於印發『社會保障基金現場監督規則』的通知」
2005	7月	國務院發展研究中心在《對中國醫療衛生體制改革的評價與建議》的研究報告中，承認中國醫療衛生體制的改革基本上是不成功的。
2006	6月	中國國務院成立深化醫藥衛生體制改革部際協調工作小組（以下稱工作小組），集結十六個有關部門，並由國家發改委主任張平和衛生部部長陳竺共同出任組長，進行就深化中國醫藥衛生體制之方向，研擬並進行研究計畫。
2008	10/14	國務院深化醫藥衛生體制改革部際協調工作小組公布《深化醫藥衛生體制改革的意見（徵求意見稿）》，統整在國家發改委網站上徵集之兩萬多條意見與建議，其中不乏來自專家學者的看法，也有市井小民的心聲。
2009	1/21	《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》和《2009-2011年深化醫藥衛生體制改革實施方案》相繼出台，在由

		中國國務院總理溫家寶主持召開的國務院常務會議上獲得原則通過。
2009	4/6	中國國務院在人大、政協兩會後，正式發佈執行新醫療改革方案，方案強調醫療保障體系的全面覆蓋、國家基本藥物制度的建立、健全基層醫療衛生服務體系、促進基本公共衛生服務均等化、公立醫院改革試點推動等五項改革重點。隨著國務院「新醫改方案」的出台，引起了新一波對醫療體制改革的關注。

