

中國大陸醫療保障體制的危機與轉機—— 一個非傳統安全的思考

The Crisis in and Prospect for the Medical Security System in China: A Reflection on Unconventional Security

劉兆隆 博士

國立彰化師範大學公共事務與公民教育學系暨政治學研究所專任副教授

提 要

中國大陸是一個社會主義國家，擁有全世界最多的人口，因此它的醫療衛生問題便成為它在非傳統安全上最重要的核心議題。中國大陸的醫療衛生問題除了人口的增長、人口老化、醫療需求的增加外，還有包括政府的投入不足、城鄉醫療資源分配不均、醫療保障體制設計有缺陷等因素。本論文主要分成四個部分：一是分析中國大陸醫療的現況；二是分析論述中國大陸的醫院體制；三是分析中國大陸的醫療保障體制與改革歷程；第四部分是結論。作者認為，中國大陸的醫療衛生問題如果無法妥善處理，將會造成國家安全的重大危機。

關鍵詞：醫療衛生、非傳統安全、醫療改革

Abstract

Since China is a socialist state that has the largest population, the problems about medical care and health have become her core issue of greatest importance, which includes not simply population growth, aging population, increasing demand for medical care, but also those affected by insufficient governmental input, imbalanced distribution of medical resources between cities and countries. This paper, divided into three parts, attempts to explore the current status of and demand for medical care in China, analyze the Chinese medical system, and research into the medical security system and the reform process in China. The author is concerned that in China a great crisis in national security will be caused by inappropriate management of the problems about medical care and treatment.

Keywords: Medical care and health, Unconventional security, Medical reform

壹、前 言

過去在關於中國大陸研究或是兩岸關係的在安全相關議題上，絕大部分是著眼於軍

事或傳統安全的觀點，所採用的理論也大多是基於國際法或是現實主義之下的邏輯。在這些觀點之下，所謂安全通常是指兩岸軍事與武器力量的對抗，或是強權之間軍事與國

力的平衡或失衡。^{註一}這樣的觀點充其量是滿足了大國全球政治與強權的視角，但卻無法進一步去深入解釋國家內部的實質安全問題。換言之，維護國家的安全要素除了軍武外，還應包括能源政策、糧食安全、衛生安全、經濟安全等類項，而這些類項的內容也涉及了對安全的概念與理解。

而對於「安全」概念的理解，也是隨著時代的演進逐漸豐富。從最原始的戰爭預防，到現在資源的分配與全球暖化議題的關注。若從學術的紛爭上來看可以分為「狹義派」與「擴大派」兩派，其中爭論的焦點除了國家是否應該是安全議題中唯一的行為者以外，另外就是擴大派認為安全議題應該擴及生態惡化、糧食短缺、恐怖主義、族群衝突、醫療衛生、貧窮問題等議題，因為這些議題都會造成人民生命財產的威脅。^{註二}若是從理論的觀點來看，狹義派是從以國家為本位思考，去檢討「防止外部力量對國家價值的威脅」^{註三}或是去建構「保衛本國不受攻擊、侵略和毀滅的能力」^{註四}再推導到軍事安全體系的建構，固然有其邏輯上的一致性，但在說明範疇上的侷限卻是不爭的事實。現在在安全研究上兩者已經開始逐漸整合與對話，最典型的例子就是在2007年時Allan

Collins所編的安全理論教科書《Contemporary Security Studies》一書已將安全的概念不侷限在傳統軍事戰略安全，而是將很多非傳統安全、後實證主義的安全研究都涵蓋在其中，顯見兩者已經開始對話與整合。^{註五}從前述過去文獻分析中可以發現，個體上所關心的「安全」內容與議題從過去的領土、人口、石油、技術、主權等，發展到現在以全球總體為本位思考的「非傳統安全」，所指涉的議題包括氣候、醫療、糧食等議題，內容不僅更豐富，議題也更多元。這種對非傳統安全的關懷，讓國家資源的分配方式產生了新的思考，也更進而提升了人類的生活品質與存在的安全感。

中國大陸的衛生安全對臺灣的安全也是息息相關。由於兩岸地理位置接近，同時兩岸人民之間經貿與交通往來密切。因此一旦中國大陸產生任何疫情，不僅會立即影響到臺灣的國家安全，同時對臺灣的社會、經貿甚至軍事安全都會產生嚴重的影響。因此本論文將從「非傳統安全」的角度，去分析中國大陸在衛生安全上可能面臨的問題。由於中國大陸幅員廣大，各地區城鄉發展差距也極大，醫療資源分布相當不平均，在這種情況之下要建立一個全面均質覆蓋的醫療衛生

^{註一} Joseph Nye與Sean Lynn-Jones就認為安全研究的核心議題是國際體系中的戰爭與衝突的原因，還有探討戰爭的本質，以及有效解決衝突或降低威脅的手段。Walt則認為安全是「對軍事力量的威脅、使用和控制的研究」，這些觀點都非常具有代表性。Joseph S. Nye Jr. and Sean M. Lynn-Jones, "International Security Studies: A Report of a Conference on the State of the Field," *International Security*, Vol.12, No.4, Spring (1988), pp6-7. ; Stephen M. Walt, "The Renaissance of Security Studies," *International Studies Quarterly*, Issue 35 (1991), pp211-239.

^{註二} David A Baldwin, "Security Studies and the End of the Cold War," *World Politics*, No.48, October (1995), pp117-141.

^{註三} Daniel. Kaufman, J., *U.S. National Security: A Framework For Analysis*. (Mass: Lexington Books, 1985)

^{註四} Robert J. Art., "A Defensible Defense: America's Grand Strategy after the Cold War" *International Security*, Vol.15. No.4. Spring. (1995), pp7.

^{註五} Allan Collins eds., *Contemporary Security Studies* (Oxford University Press, 2007)

保障體制本身就不是一件容易的事。醫療網的覆蓋不周延，當有傳染性疾病發生時，極有可能會造成災難性的後果。例如：2003年的SARS的傳播，就幾乎讓中國大陸的醫療體系癱瘓與崩潰。同時醫療網覆蓋的不全面或是有城鄉差距，也存有人權與平等的問題。

其次就是醫療衛生本身是一種性質很特殊的公共服務，在醫療費用支出的負擔上會隨著醫療技術的發展與個人需求的增加而增長。所以醫療費用不僅無法隨著技術的更新而降低，反而會因為新醫療技術的出現而逐漸攀高。^{註六}另外就是個人隨著經濟收入的增加，會要求更高品質的醫療服務；同時當個人平均壽命愈高時，許多老人及慢性病也會出現，這些都會持續增加醫療費用的支出。因此經濟發展程度愈高，國民人均壽命愈高，醫療費用支出也會愈高。還有就是醫療服務也有很多不同的層次，從最基礎的衛生防疫、疾病診治到最昂貴的奢侈醫療均屬之，國家在醫療保障上的責任範圍，不僅是攸關國家能力，也是政府對人民的衛生安全與生活安全的承諾。例如在北歐的社會福利國家，對人民的安全承諾就是「從搖籃到墳墓」。中國大陸由於將社會保障視為國家正當性基礎，因而堅持社會主義路線與國家提供，無法轉嫁給私人保險市場承擔，因此國家的財政能力決定了這個安全網絡的密度。

簡單來說，如果中國大陸國家財政能力不足，覆蓋密度就會只集中在城市地區，鄉村地區就做多少算多少，例如中國大陸在1996年之後所實施的城市職工基本醫療體制；如果國家財政負擔能力足夠，就會努力擴大醫療保障網的覆蓋面積，例如：2010年所推出的「新醫療改革」，就企圖擴大覆蓋率將醫療網絡擴及鄉村地區。

最後就是醫療衛生的網絡健全度與國家安全也與經濟安全息息相關，因為當醫療衛生一旦產生問題時，不僅商業活動會受到影響與打擊，甚至軍事安全與戰備也會受到影響。例如在第一次世界大戰時的法德之間的馬奇諾防線，就曾因鼠疫等傳染病重創雙方的戰力。目前中國大陸在鄉村地區醫療資源的缺乏，以及部分傳染病無法絕跡，已經給中國大陸的衛生安全造成極大的隱憂。許多被世界衛生組織列為重大的法定傳染性疾病，在中國大陸鄉村地區仍未絕跡，例如痢疾、霍亂與瘧疾等。^{註七}這些疾病雖不至於造成重大流行，但始終是中國大陸衛生的隱患，甚至在臺灣的捐血中心也明定曾經去過中國大陸特定疾病流行區域旅行者一年內不得捐血，^{註八}顯然就是基於衛生安全的考量。對於無藥可治的特定重大疾病（例如愛滋病），中國大陸官方甚至還動用武警軍事管制疫區以防止疾病擴散，這些都造成了很多人

^{註六} Hsiao, W. C., 1955, "Abnormal Economics in the Health Sector", Health Policy, Vol.32, No.1 (1955), pp125-39.

^{註七} 在我國衛生署疾病管制局的統計資料中，中國始終是我國各項重大法定傳染病的首要來源。資料來源可以查閱<http://www.cdc.gov.tw/lp.asp?ctNode=61&CtUnit=55&BaseDSD=7&mp=1>，查閱日期民國99年2月3日。

^{註八} 在疾管局的資料中，中國大陸地區的海南島、雲南、福建、廣東、廣西、貴州、四川、西藏（雅魯藏布江河谷）、安徽、湖北、湖南、江蘇、江西、山東等省份鄉間均屬於瘧疾流行區域，必須返國後一年之後方得捐血。關於中國瘧疾流行區域的相關資料，可以參考網頁：<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/91817262571.pdf>，查閱日期民國99年2月3日。而關於捐血限制之規定則參見捐血中心所規範之捐血健康標準第四條之規定，可以參考網頁：<http://www.tp.blood.org.tw/index.php?action=important&id=114>，查閱日期民國99年2月3日。

權爭議與問題。^{註九}

基於前述原因，本論文希望能針對中國大陸的衛生安全進行探討。本論文主要分成四個部分：第一部分是討論中國大陸在醫療衛生上的現況；第二部分是探討中國大陸的醫院體制與問題；第三部分是談醫療衛生的體制建構與改革；第四部分是討論這樣的體制能否因應中國大陸醫療衛生的需求，達到衛生安全的目標。

貳、中國大陸的醫療衛生現況

中國大陸由於是一個社會主義國家，因此社會福利政策也可以說是它的正當性的基礎。醫療保障在中國大陸的社會主義的福利政策思考中是非常重要的一環，與退撫、住房等政策可以說是中國大陸社會保障的三大支撐體系。以醫療保障來說，由於1949年之前中國大陸一方面沒有完善的調查統計數據，再加上長期受到戰亂影響，因此醫療保障的體制一直未獲有效建立。自從1949中共建政之後，中國大陸開始規劃與推動醫療保障體制。

中國大陸的衛生發展的情況可以由下列數據略見一二。過去在1950到1980年代之間，中國大陸的國民平均自然增長率由1950年的20%，到2008年的降為5.8%，^{註十}平均壽命已從1949的35歲上升到2008年的73歲，高

於世界平均壽命（65歲）和中等收入國家的平均壽命（69歲）。同時，嬰兒死亡率也從解放前的20%左右下降到目前2008年的1.9%，^{註十一}而世界的平均水平是4.4%，中等收入的國家是3%。中國大陸人民的健康水平總體來說已經達到了中等收入國家的平均水平。從衛生總費用占GDP的比重來看，1980年為3.15%，1990年為4%，1995年為3.54% 90年代後半葉，這個比重開始飆升，2007年的4.52%，始終沒有達到了世界衛生組織規定的最低標準(5%)。但必須要注意的是中國大陸在醫療費用的總支出上成長卻是非常驚人，可以說是每隔幾年就呈現等比級數增長。例如1978年的全國衛生總支出只有110.21億（人民幣），到1984年就已經成長一倍為242.07億元（人民幣），到1988年又成長一倍為488.04億元（人民幣），到1992年又成長一倍為1,096.86億元（人民幣），1995年時再成長一倍為2,155.13億元（人民幣），到2000年時再成一倍為4,586.63億元（人民幣），2007年的數字為11,289.50億元（人民幣），可以說又成長了一倍。^{註十二}在衛生機構數的成長上，1949年全國只有2,692間綜合醫院，1960年成長為5,173間，1980年成長為7,859間，1990年為10,424間，2000年為11,872間，2007年為13,119間，呈現緩慢而持續的成長。^{註十三}從上述數據可以看到一些事實，就是中國大陸的

^{註九} 主要是在河南商邱地區的上蔡縣的文樓村，發病率最高，死亡人數最多；二是柘城縣；三是睢縣。這三個村因為村民到城市賣血而集體感染愛滋病，後來中共當局為防止疫情擴散，則動用軍警對這些疫情嚴重的村莊或地區進行封村或境管，引起很多人權上的爭議。

^{註十} 資料來源：中國衛生統計年鑑2009，參考網址：<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2009/t-8.htm>，查閱日期2010年1月14日。

^{註十一} 資料來源：中國衛生統計年鑑2009，參考網址：<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2009/t-8.htm>，查閱日期2010年1月14日。

^{註十二} <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2009/t-4.htm>，查閱日期2010年1月14日。

^{註十三} <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2009/t-1.htm>，查閱日期2010年1月14日。

人均年齡逐漸成長，人口也大幅增加；從醫療費用暴增的事實看來，似乎是醫療市場蓬勃發展，但就長遠來說這樣的經濟成長率是否能夠追的上這樣的醫療費用成長數字，則是大有疑問。因為經濟成長的斜率會隨著經濟穩定發展而逐漸趨緩，但是醫療費用的成長率如果還是以3到4年就成長一倍的倍數成長，則未來中國在醫療衛生上的支出勢必會壓潰中國大陸的財政。鄒至莊更以統計的方式分析官方統計數據後發現，表面上中國大陸的衛生經費支出暴增，但實際上中國大陸政府從1989年到2004年中國大陸的人均醫療供給基本上並沒有增長，而與此同時，幾乎所有其他的消費品的產出都有較快的增長。^{註四}可見這樣的醫療數字增長隱藏了幾個事實：一是這樣的財政支出成長有很大一部分是因為人口成長與年齡老化造成的；二是政府財政醫療支出固然增加，但是個人負擔的醫療費用卻也更形沉重，這可以在下一段的討論中獲得驗證。

從官方統計資料（如表1）可知，1990～2007年這17年間，中國大陸衛生總費用各部分絕對值都有所增長，但衛生總費用中各部分比重的變化卻是不一致的。其中，政府預算衛生支出從1990年的25.1%下降到2007年的20.4%，下降了5個百分點；社會衛生支出由39.2%下降為34.5%，下降了5個百分點；居民個人衛生支出呈現快速增長勢頭，由1990年占衛生總費用的35.7%增長到2000年的59.0%，上升了22個百分點，2007年時則又降為45.2個百分點。從國際比較來看，衛生總費用這一國際指標，2000年中國大陸人均衛生支出在世界191個國家中排名141位，仍屬低下水準。並且，公共衛生支出占財政支出的平均比例呈不斷下降趨勢。1997～1998年低收入國家（人均年收入在1,000～2,200美元之間）的公共衛生支出占其財政支出的平均比例為1.26%，中等收入國家（人均年收入在2,200～7,000美元之間）的平均比例為2.25%，而中國大陸政府用於公共衛生服務的

表1 中國大陸衛生總費用支出表

	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2007
衛生總費用 / 億元	747.4	2,155.1	4,586.6	6,584.1	7,590.3	8,659.9	9,843.4	11,289.5
政府衛生預算支出	187.3	387.3	709.5	1,116.94	1,293.6	1,552.5	1,778.8	2,297.1
社會衛生支出	293.1	767.8	1,171.9	1,788.5	2,225.4	2,586.4	3,210.9	3,893.7
個人衛生支出	267.0	1,000.0	2,705.2	3,678.6	4,071.4	4,521.0	4,853.6	5,098.6
政府衛生支出比例%	25.1	18.0	15.5	17.0	17.0	17.9	18.1	20.4
社會衛生支出比例%	39.2	35.6	25.6	27.2	29.3	29.9	32.6	34.5
個人衛生支出比例%	35.7	46.4	59.0	55.9	53.6	52.3	49.3	45.2
衛生費用佔GDP比例%	4.0	3.54	5.62	4.85	4.75	4.73	4.67	4.52
人均衛生總費用	65.4	177.9	361.9	509.5	583.9	662.3	748.8	854.4

資料來源：2009中國衛生統計年鑑，或參考網址：<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2009/t-4.htm>。

^{註四} 鄒至莊，〈中國醫療的經濟分析〉，Management Review, Vol.18, No.10. (2006), pp3-6。

經費總額在國家財政支出中的比例從1996年的2.36%下降到2000年的1.71%，特別是20世紀90年代以後，中國大陸財政公共衛生支出占GDP的比重也在逐年下降，這反映出中國大陸公共衛生服務支出的增長速度與GDP增長比例是極不協調的，至少沒有保證趨勢上的一致性。這和國際上經濟發展的同時加大公共衛生投入的普遍做法大相逕庭。

在城鄉人均醫療保障支出上，則可以看出中國大陸城鄉差異的嚴重性。自1990年開始，中國大陸城市人均衛生支出158.8元，鄉村只有38.8元；到1997年時城市人均醫療支出537.8元，鄉村只有177.9元；2003年時城市人均支出1,108.9元，鄉村卻只有247.7元；到2007年時城市人均支出已經多達1,480.1元，鄉村卻仍只有348.5元；城鄉之間落後程度始終都在4倍之多。^{註五}城鄉之間醫療資源分布的不公平嚴重影響到農村居民及時得到醫療服務，致使在嬰兒死亡率（2007年中國大陸城市嬰兒死亡率為0.55%，農村為1.28%）、社會成員平均壽命等指標上，農村居民均普遍低於城鎮居民。在公共衛生與醫療服務方面的投入上，2003年中國大陸用於公共衛生的費用只占當年衛生費用總額的36.2%，有63.8%用在了醫療服務方面，投入的傾向性嚴重削弱了公共衛生服務的供給能力。

受到城鄉二元社會結構的影響，在醫療保障領域，城鄉之間差距懸殊，城鄉居民醫療費用補償水準依然存在很大差距。2008年第四次國家衛生服務調查結果顯示，參加城鎮職工醫療保險的居民，有72.6%門急診患者的醫療費用全部或部分得到了報銷，94.8%的住院患者的醫療費用得到了報銷，報銷費用

占其住院費用的66.2%。而參加新型農村合作醫療的居民，只有33.5%的門診患者得到報銷或從家庭帳戶中支付，65.6%的門診患者需完全自付醫藥費用；有85.3%的住院患者的醫療費用得到報銷，獲報銷費用占其住院總費用的34.6%。^{註六}顯然在這個數字之下顯示著，鄉村的醫療衛生保障有著極大的缺陷。

這不僅代表了城鄉醫療資源的落差，也代表了城鄉之間在醫療支出上的不均衡。從中國大陸政府公共衛生支出的構成看，各個專案計畫配置往往不盡合理，城鄉醫療資源配置很不均衡。其一、從衛生事業經費使用情況看，受市場利益導向的影響，財政投入到效益回收快的醫院體系的較多，對於衛生防疫這種很難看到顯著效果的事業投入較少，而且公共衛生支出用於農村基層衛生組織的比重很小。目前中國大陸政府衛生事業費主要用於醫療機構，尤其是縣及縣以上醫院，並且主要是人員經費支出，即工資的比例每年都在上升，而真正用於開展衛生活動的業務和公務費，每年都在減少，且比例較低。其二、本應由政府承擔的純粹公共衛生服務和具有較強的公共服務性質的衛生服務專案，其供給嚴重不足。其三、在治療服務專案的配置上，國家對治療服務財政撥款的80%用於城市醫療機構，而城市的80%的撥款用於城市的大醫院。由於城市大醫院對弱勢群體的不可及性，使得對這些醫療機構的財政補貼，實際上已偏離了在醫療服務中公共支出為解決公平的目標。最後，由於長期以來形成的城鄉二元的制度格局和政策慣性，政府用於醫療衛生的公共支出表現出極其嚴重的城市偏好。在1990年到2007年間，在農

註五 <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2009/t-4.htm>，查閱日期2010年1月29日。

註六 參見網頁<http://www.chinacdc.net.cn/n272442/n272530/n272742/29573.html>，查閱日期2009年12月5日。

村衛生總費用中，政府和社會衛生投入所占的比重下降，而農民個人直接支出費用所占的比重上升。從公共衛生效益看，中國大陸預防支出中只注重常見疾病的控制，而缺乏完善的疾病預防體系和應對流行病突發的能力。1990年～2007年間居民衛生需求的不斷增長沒有帶來國民健康水準的增長，在傳染病和地方病的防治方面也有退步跡象，這說明衛生領域的市場化不僅沒有促使醫療機構提高效率，而且也在很大程度上損害了公平原則。^{註七}由於公共衛生和醫療支出在城鄉的差距擴大，中國大陸農村的各項公共衛生指標都遠低於國際標準，也就無怪乎中國大陸的鄉間許多法定傳染病仍未絕跡。

參、中國大陸的醫院體制與問題

中國大陸的公立醫院由於屬於事業單位，負有衛生預防、醫學教育與科學管理之責任。^{註八}且由於中國大陸是社會主義國家，所以中國大陸的醫療保障制度在很長的時間都有公共醫療的色彩。簡單的說，在1970年代以前的中國大陸，是屬於全民皆能享有公共醫療的保障。而在1970年代以前的中國大陸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^{註九}。

但是這樣的制度安排在對醫療需求水準不高的年代，國家尚可以財政勉力支應，但是由於醫療保障的性質特殊，隨著醫療技術的進步，醫療經費支出本就會逐年上漲；另

一方面隨著人民年均年齡的增長，老年人口逐漸增加，對於醫療資源的需求更為殷切。在1980年代的初期中國大陸政府的財政便已經無法應逐年上漲的醫療支出。

在這個背景之下，在1979年3月召開的南昌會議中，中國大陸衛生部已經明確要對醫院進行經濟管理。其中最重要的事件是，衛生部等三部委當年聯合發出了《關於加強醫院經濟管理試點工作的通知》。此後，衛生部又開展「五定一獎」^{註十}，並且開始嘗試對醫院「定額補助、經濟核算、考核獎懲」，黑龍江、吉林、山東、河北、浙江等地的5所醫院被列為「示範」。雖然從一開始，這項改革就已經造成激烈的爭論，但由於在計畫經濟模式下的醫院管理，這時已顯露出諸多弊端，同時在財政上的缺口也日益擴大，這項醫療改革已是大勢所趨。從1981年至1989年，每隔三、四年就有中央文件公布，其中關鍵性的文件是1984年8月，衛生部起草了《關於衛生工作改革若干政策問題的報告》，其中提出，「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。」正是在這一政策下，1985年成為醫改的啟動年，而此前的則只能算是醫院改革，核心思路是「放權讓利」，基本上是複製國企改革的模式。

儘管在這一文件中也提出，中央和地方必須要逐步加大對衛生事業的投入，但在實際的情況卻有困難。但由於當時的大背景是百廢待興，國家預算不足，醫療衛生還不能放在首要位置來考慮，所以當時所採用的改

^{註七} 劉明慧，「公共財政醫療衛生投入問題分析」，大連海事大學學報：社科版，第2期（2005年），頁16-17。

^{註八} 見1982年1月12日所公布「全國醫院工作條例」第一章總則之規定。

^{註九} 國務院研究室課題組著，1996年，《完善衛生經濟政策》（北京：中國經濟出版社），頁66-67。

^{註十} 即定任務、定床位、定編製、定業務技術指標、定經濟補助、完成任務獎勵。

革手段就是「給政策不給錢」。而這種給政策不給錢的作法，也就是讓醫院在計畫經濟的基礎上，在特定項目上有專營的權力，從專營中獲取的龐大利益以平衡開支。但這些專營項目的開放等於給醫院大開方便之門，孳生了許多腐敗，而其中造成最嚴重的影響就是藥費與檢查費的「創收」。

除了財政負擔的不堪支應外，管理體制上的「條條塊塊」問題更是嚴重。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，此時許多弊端也開始浮現，例如亂開藥方、浮報經費等，但由於控管機制並不嚴格，因此沒有人能清楚的計算到底浪費多少醫療資源。

雖然醫院形同官僚部門，但是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，中國大陸政府乃在1979年做出了指示，希望透過「定額管理制度」，^{註三}以將醫院經費與地方政府的預算適度脫勾。整體來說，在1980年代以前對於醫院的改革，主要重點是在於企圖建立管理制度；在成本的節約上則是採用定額包幹以及與預算脫勾等消極的做法，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。

1988年中國大陸政府雖然公布的「醫院財務管理辦法」與「醫院會計制度」，企圖去管理中國大陸醫院的內部財政，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。真正開始試圖以類似「市場機制」去遏止醫療費用的增長，應該是在1991年李鵬總理在全國財務稅務工作會議代表座談會中的指示：

「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，並適當與個人掛勾的辦法……」^{註三}

這種與個人掛勾的做法，只是希望醫院能夠適度的與政府財政脫勾，同時病患能夠適度的節約去看病的次數與頻率，但由於做法並不具體且效果有限。到了1992年9月，國務院下發《關於深化衛生改革的幾點意見》後，時任衛生部醫政司司長的遲寶蘭後來在會議上要求：醫院要在「以工助醫」、「以副補主」等方面取得新成績。此後，點名手術、特殊護理、特殊病房等新事物，像雨後春筍般在醫療系統出現。在這一階段，衛生系統的內部爭論日漸興盛，圍繞「醫院是不是掉到錢眼裏」、圍繞「政府主導」還是「市場改革」，兩種思路開始針鋒相對。

此時期中國大陸政府在管理的權責上也開始思考將權力下放，1989年中國大陸政府

^{註三} 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勾。

^{註三} 參見財文(1992)10號文件，「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」。資料來源：http://www.cwhtax.com/fagui/msg_view.asp?id=4156，查閱日期2010年1月30日。

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。但分級管理只是技術性的手段而已，這既不屬於「市場改革」，同時對於如何解決「路綫之爭」卻是沒有定論。但是綜觀整個1990年代，市場化的聲音，一直處於主導地位。但是所謂「市場化」的實質內容是什麼，其實並沒有一個定論出現，甚至可以說只是一句空話。而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」，且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。

在1998年城鎮職工基本醫療保險的實施後，在統籌地區內的各醫療機構，都可提供參保人員選擇。到了2000年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，^{註三}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」，^{註四}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。這些過程讓醫院開始有了「營利」與「向市場化傾斜」的本錢。換句話說，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。也就是說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。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作法，更是澈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)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，都會讓醫院體制更朝向市場化傾斜。

在醫療服務價格方面，中國大陸政府先是希望透過區分營利性與營利性的差異，給予不同的賦稅，以進行病人的分流導引。同時也對於非營利醫療機構的收入也實行總量控制，以進行結構調整。並且企圖利用拉高不同級別醫療機構的醫療服務價格的作法，希望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，但由於營利與非營利界限模糊，同時不同層級醫院醫療水準差距過大，致使成效極為有限。此外，這個分流措施的失敗原因之一，就是各醫院的「創收」利益過於龐大，讓各醫院都捨不得放棄此一大餅。所謂各醫院的「創收」部分，就是在1980年起為彌補醫院政府撥款的減少，而醫院的為彌補各項龐大開支，於是政府允許創造收入來源去弭平收支。而創收的結果直接反映在消費者身上，就是個人醫療費用的攀高。從表1可以發現，中國大陸政府每年在醫療衛生上的撥款比例逐年減少，在衛生經費的來源上從1980年政府的撥款佔了

^{註三} 見2000年7月18日所公布之衛醫發(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。

^{註四} 見2003年5月14日所公布之勞社廳函[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」。

36.2%，到2005年卻只占17%，相反的個人衛生支出在衛生經費的來源卻是從1980年的21.2%成長到2005年的53.6%。由此不難了解個人在醫療負擔上的加重程度。

其中「創收」的大宗就是在藥品費與檢查費兩項。從統計數據來看，中國大陸在1990年到2005年無論是在門診與人均的藥費與檢查費均大幅攀高。門診人均醫療費10年間成長了12倍，藥費成長了9倍，檢查費更是成長了17倍。在住院病人部分也同樣驚人，人均醫療費10年間成長了10倍，藥費成長近10倍，診療費成長了14倍。（如表2）在這樣龐大的「創收」之下，無論是營利或非營利型醫院，都很難抗拒這樣的誘惑所帶來的經濟利益。簡單的說，政府從財政撥款的比例降低，等於間接逼各醫院去創收以彌補虧損，而這種創收所產生的惡性循環就是將缺口轉嫁到消費者身上，經由藥價與檢查的費用增高將這個缺口補上，這也就是形成「看病貴」的主要原因。

因此，這種由政府透過稅收與定價來分流病患的措施失敗後，所造成的立即結果就是無法有效紓解三級醫院的擁擠現象，造成

三級醫院人滿為患。因此部分經濟較好的自費病患，在不願意到三級醫院去人擠人的情況下乃轉而流向價昂且質優的營利型私人醫院。這也是在2004年之所以興起一波昂貴的私人營利型醫院熱潮的原因所在。這些昂貴的私人營利型醫院挾著技術與設備的優勢，為少數付的起昂貴醫療費用的病患診治。目前中國大陸的純營利型醫院主要分成兩部分，一是大型的外資三級醫院，例如臺灣的長庚集團。另一種則是小型的私人診所與醫院。前者目前主要衝擊的是各地區的大型三級醫院，惟目前此類型的醫院設立必須經過中央部門的嚴格評估與審批，因此對於各地區三級醫院的營運衝擊有限。而關於私人的診所與醫院則可分為兩大類：一是屬於昂貴的私人醫藥服務，例如整形，這些醫療服務主要是針對特殊醫療服務需求，與醫療改革並無具體關係；另外則是在大城市所開設的私人診所，這部分的私人診所頗為類似一級醫院過濾疾病的角色，也有部分是提供與三級醫院同質的優質醫療服務，情形非常多樣。這些營利型醫院的成立與公共醫療服務

表2 衛生部門綜合醫院門診和住院病人人均醫療費用表

	門診人均醫療費			佔門診診療費比例		住院病人人均診療費			佔住院病人診療費比例	
	(元)	藥費	檢查費	藥費	檢查費	(元)	藥費	檢查費	藥費	檢查費
1990	10.9	7.4	2.1	67.9	19.3	473.3	260.6	121.5	55.1	25.7
1995	39.9	25.9	9.1	64.2	22.8	1,667.8	880.3	507.3	52.8	30.4
2000	85.5	50.3	16.8	58.6	19.6	3,083.7	1,421.9	987.5	46.1	31.7
2001	93.6	54.0	18.8	57.7	20.1	3,245.5	1,475.9	1,014.2	45.5	31.2
2002	99.6	59.2	27.9	55.4	28.0	3,597.7	1,598.4	1,320.7	44.4	36.7
2003	108.2	62.0	30.8	54.7	28.4	3,910.7	1,748.3	1,411.6	44.7	36.1
2004	118.0	62.0	35.1	52.5	29.8	4,284.8	1,872.9	1,566.3	43.7	36.6
2005	126.9	66.0	37.8	52.1	29.8	4,461.5	2,045.6	1,678.1	43.9	36.0

資料來源：《2006年中國衛生統計年鑑》，第105頁。

的初始目的，卻是日趨悖離。

由於中國大陸醫療費用暴漲所產生的批評聲浪與衛生危機，其實有很大部分是因為經濟條件較差的民眾看不起病所產生。部分經濟條件較差的病患，就只能倚靠「公共性」來解決醫療問題。在2006年衛生部要求各地都應選擇部分公立綜合醫院，做為轉換運行機制的試點，建立平價醫院或平價病房，主要為參加合作醫療的農民、城市失業職工、失業人員、低保人員、進城務工人員及老人、兒童進行醫療服務。各地的政府對平價醫院實行預算式全額管理，收入上繳，支出由政府核撥。清理和規範公立醫院開辦的特需醫療服務專案和內容，對公立醫院開辦特需醫療服務要實行必要的調控和干預，用於特需醫療服務的病床數不得超過總床位數的10%，並防止盲目擴大特需醫療服務規模，影響基本醫療服務供給。^{註五}例如，上海市也在2006年起開始在長寧區與松江區建立平價醫院的試點，希望能夠將醫院由「營利」與「市場化」往「公共服務」的方向傾斜。

平價醫院如果真能達到降低醫療收費的目的，則其經濟基礎就成為關鍵。根據人民日報在2006年的調查分析，目前平價醫院主要是靠三種模式平衡利潤：

一、靠降低藥價。根據衛生部的規定，醫院進藥後可以加價15%零售，但是，他們只能加價5%。同品種同規格藥品，他們選擇價格最低的。同樣的輸液藥品，有玻璃瓶、塑膠袋等各種包裝，他們選擇最簡單的。目前，平價醫院還在積極爭取直接從藥廠或大

型藥品批發商進貨的政策。

二、靠降低耗材價格。放射科用的是中國大陸國產片，價格雖低，但不影響質量。心電圖等電子儀器，不連接電腦列印，診斷報告都是手寫，每次可為患者節約30元。在確保質量的前提下，檢測試劑也基本用國產的。

三、是醫生收入與醫院效益脫鉤，避免了「大處方」、「濫檢查」等過度醫療行為。對於一般疾病，醫生只開3天的藥量。使用抗生素先從最便宜的青黴素開始，而不直接用昂貴的頭孢類藥。考核醫生的主要指標是服務質量，而不是處方數量。如果發現藥商有促銷行為，醫院將取消其所有經銷藥品的進院資格，同時解除收取藥品回扣的醫生的勞動合同。^{註六}

目前針對平價醫院的作法有很多，有的是完全倚靠政府財政支出，有的是將醫院產業出租去平衡支出等不一而足。這些作法充其量都是處於初步試點，很難有成效或統一作法可言。況且如果平價醫院都是由政府財政全額負擔，等於是又回到了醫療改革前的原點，與政府財政脫勾的目的相違背。因此平價醫院固然立意良善，但是由於一方面無法保證政府財政挹注能持續多久，同時從上述模式來看政府又無法以明確方式解決「以藥養醫」與「創收」的問題，因此平價醫院的前景一般輿論認為並不樂觀。^{註七}

肆、中國大陸的醫療改革歷程

一般來說，中國大陸的醫療保障制度改

^{註五} 資料來源：<http://politics.people.com.cn/GB/1027/4007007.html>，查閱日期2010年1月31日。

^{註六} 參考「人民日報」2006年01月19日，第11版。

^{註七} 參見「京滬粵浙平價醫院調查：平價到底能走多遠」，中國經濟週刊（2006年第4期）或見<http://society.people.com.cn/GB/1063/4056071.html>，查閱日期2010年2月2日。

革共可分為兩階段，第一個階段是在1980年代初期到1992年間；另一個階段是由1992年迄今。在第一個階段最大的變化，並不是在於醫療保險經費的籌措，而是在於醫療服務機構的運作與補償制度朝向市場化傾斜。換句話說，這一階段主要是以費用控制為中心，在1985年以前主要是針對消費者實施費用分攤；因此在1985年以前是強調對醫院的控制。在第二個階段的重心，則是實施醫療經費社會化的統籌，也就是實行以縣市為單位的醫療保險基金的統籌，從另一個角度說就是以行政手段控制醫療費用的增長。這個模式最典型的例子就是在1994年開始試點的「兩江模式」。

一、1990年之後的「兩江模式」與城市職工基本醫療體制

「兩江模式」的改革措施主要有下：(一)企、事業單位與職工共同繳納醫療保險費，單位按照上年度醫療費用佔工資總額的一定比例繳納保險費；(二)建立社會統籌醫療保險基金與個人醫療保險帳戶，單位繳納保費的一半建立社會統籌醫療保險基金，由專門機構統籌管理使用；另一半與職工個人繳納款項則是建立個人醫療保險帳戶，歸個人所有，同時不僅專款專用，還可以結轉與繼承；(三)職工醫療費用先由個人帳戶自付，個人帳戶不足時由個人自付，個人自付款項超過本人工資5%時，由社會統籌醫療保險基金支付，個人實行共付；(四)提高病人選擇就醫的自由度，增加定點醫院之個數；(五)配套進行醫院資格審查與醫療服務價格調整等措施。「兩江模式」在取得成功後也成為中國大陸各城市醫療改革的原始雛形。這種城市

醫改模式在2000年之後擴大到了全國各地的各大城市，包括北京與上海。

簡單來說，中國大陸城市地區所進行的醫療改革重點包括(一)改變醫療費用的籌集方式，由改革以前的各單位自行籌集改成各地方政府籌集，以增加醫療保險基金承擔風險的能力，同時還可以解決各單位因職工年齡結構不同所帶來醫療費用負擔不均的問題；(二)引入供給需求的市場機制，增加需求方對醫療服務的付費比例，並希望能從而制約了需求者對醫療保險的過度需求。

這種引進市場機制的作法後來引起了很多爭議，包括了「看病難」、「看病貴」、「天價醫療」、「賣醫院」、「以藥養醫」、「拿回扣」等問題，引起了非常熱烈的撻伐與討論。國務院發展研究中心社會發展研究部副部長葛延風在北京舉行的中國大陸發展高層論壇2006年會的預備會上更指出：

「正是由於中國大陸在醫療衛生領域過多地利用了市場化機制，才導致了現有衛生資源分配嚴重不公的局面，使得處於城市大醫院發展越來越快，而低端機構，尤其是農村鄉鎮醫院、城市社區醫院等逐步萎縮，甚至到了無法生存的地步。」^{註六}

論者認為，在醫療衛生領域實行的市場化機制導致了政府職能逐漸弱化，公共財政投入日益減少，其直接後果一方面造成醫療費用不可遏制的上漲，另一方面使得醫療衛生機構和醫務人員為擴大收入轉向發展昂貴的專科治療性服務，公共醫療則逐漸萎縮與棄守。

作者認為中國大陸在思考醫療改革的方向時，一直在朝向市場性與公共性之中擺

註六 參見新華網2006年3月18日的報導，網址：http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/politics/2006-03/18/content_4317180.htm，查閱日期：查閱日期2010年2月3日。

盪。過去20年他們總結經驗時認為醫改之所以失敗，是因為「太過朝向市場傾斜」，因此應該朝向「公共性」去扭轉。最具體的例子就是在2006年時自上海市所發起的一系列「平價醫院」的政策。論者認為這種思考只是單憑一股對「公共性」的熱情從事醫療改革，其實是很難成功的。而所謂「市場化」的概念，相關官員的認識也很膚淺，甚至論述的內容南轅北轍。所以論者認為過去在中國大陸醫療改革方向的論戰，與其說是對話還不如說是立場的各自陳述。

二、2009年所提出的新醫改體制

根據《中國社會統計年鑑2008》提供的資料，1985年之前，政府預算衛生支出一般占衛生總費用的接近40%，但這以後特別是從90年代初期起，政府支出比例開始大幅下降。在醫療衛生總費用的構成中，政府投入的比例由1990年的25%降至1996年的18%，1997年進一步下降到16%。個人醫療支出由36%上升到49%，其間2000年達到峰值59%，個人成為醫療服務的付費主體。在這個過程中我們可以發現原本由國家負擔的公共醫療責任，逐漸轉移到個人的手中。自此「看病貴」便成為嚴重的社會問題，並影響到人民對國家正當性的支持。因此「新醫改」在實施之初，中國大陸官方就明確宣示要「把基本醫療衛生制度作為公共財向全民提供，實現人人享有基本醫療衛生服務」，且為實現醫療衛生機構提供服務的非營利性、醫療衛生服務的公平可及性以及資源利用的高效率，「新醫改」利用以下幾方面的措施，去達到回歸公益性的目標：

第一，為實現醫療衛生機構提供服務的非營利性，「新醫改」在資金承擔上要求將公共衛生機構收支全部納入政府預算管理，並逐步提高政府衛生投入占衛生總費用的比重，並將專業公共衛生機構人員經費、發展

建設經費、公用經費和業務經費由政府預算全額安排，並計畫「按專案為城鄉居民免費提供基本公共衛生服務」。在公共醫療服務的供給主體上，「新醫改」強調要「強化公立醫院的公益性質」，提出「公立醫院要堅持維護公益性和社會效益原則，以病人為中心」，並逐漸改革公立醫院管理體制、運行機制、監管機制和補償機制。例如在補償機制上，政府要加大投入金額，將公立醫院補償由服務收費、藥品加成收入和財政補助三個管道改為服務收費和財政補助兩個管道。此外，「新醫改」提出要轉變城市社區衛生服務中心（站）和鄉鎮衛生院等基層醫療衛生機構的運行機制，明確規定「使用適宜技術、適宜設備和基本藥物」，為社會提供低成本服務，維護公益性質。

第二，為實現醫療衛生資源利用的高效率，「新醫改」強調醫藥分開，並提出了各種具體措施：1. 醫療機構要逐步取消藥品加成，不得接受藥品折扣；2. 將藥事服務費納入基本醫療保險報銷範圍；3. 建立以國家基本藥物制度為基礎的藥品供應保障體系，在政府宏觀調控下充分發揮市場機制的作用，基本藥物實行公開招標採購，統一配送減少中間環節；4. 規範藥品生產流通，發展藥品現代物流和連鎖經營，促進藥品生產、流通企業的整合。中國大陸官方宣稱為實現醫療衛生資源的高效運用，「新醫改」在強調公益性時並沒有把市場機制排除在外，提出政府在承擔提供高效優質醫療衛生服務責任的同時，也可以向非公立醫院購買服務，然後提供給社會成員。「新醫改」明確提出要「積極促進非公立醫療衛生機構發展」、「穩步推進公立醫院改制的試點，適度降低公立醫療機構比重，形成公立醫院與非公立醫院相互促進、共同發展的格局」以及支持有資質人員依法開業，方便群眾就醫。簡單的

說，上述政策宣示顯示了中國大陸當局的期望是透過「新醫改」對公益性的回歸，達到有效遏制醫療機構的獲利衝動，並使醫藥不分、以藥養醫、藥價高等現象失去存在的根基，從而解決廣大社會成員「看病貴、看病難」的問題。

在鄉村醫療部分，這是過去中國大陸在推動城鎮基本醫療當中非常無能為力的一塊領域。長期以來中國大陸醫療衛生領域的資源分配上存在著重城市、輕農村，重大醫院、輕小醫院；重一般醫療服務、輕公共衛生的不公平現象。受到城鄉二元社會結構的影響，在醫療保障領域，城鄉之間差距懸殊，城鄉居民醫療費用補償水準依然存在很大差距。針對醫療衛生資源分配多傾向於城市的不公平現狀，中國大陸官方宣稱「新醫改」特別注重加大對農村地區的投入，提出要「健全以縣級醫院為龍頭、鄉鎮衛生院和村衛生室為基礎的農村醫療衛生服務網路」，^{註元}並希望能重點推進「農村醫療衛生基礎設施和能力建設」，從根本上改善農村醫療衛生條件。針對醫療衛生資源投入忽視公共衛生和基層醫療機構的問題，「新醫改」提出要「全面加強公共衛生服務體系建設」，並逐漸完善「以基層醫療衛生服務網路為基礎的醫療服務體系的公共衛生服務功能」，切實提高「公共衛生服務和突發公共衛生事件應急處置能力」的目標。因此在衛生服務資源分配方面，「新醫改」強調加大對農村、中西部及邊遠地區的投入。強調加強對基層衛生服務部門（鄉鎮衛生院、城鎮的社區衛生服務中心）的建設，以推動醫療服務資源分配公平性的實現。在衛生服務利用方面，「新醫改」

明確提出了「基本公共衛生服務覆蓋城鄉居民」的目標。並決定從2009年開始，逐步在全國統一建立居民健康檔案，並定期為65歲以上老年人做健康檢查、為3歲以下嬰幼兒做生長發育檢查、為孕產婦做產前檢查和產後訪視，為高血壓、糖尿病、精神疾病、愛滋病、結核病等人群提供防治指導服務。同時，「新醫改」要求增加國家重大公共衛生服務專案。具體來說，要繼續實施結核病、愛滋病等重大疾病防控和國家免疫規劃、農村婦女住院分娩等重大公共衛生專案。在衛生服務籌資方面「新醫改」特別針對貧困群體，提出要實施積極的醫療救助政策，「完善城鄉醫療救助制度」是對參加城鎮居民醫保或新農合（新農村合作醫療）及其難以負擔的人進行醫療費用提供補助，並逐步提高對經濟困難家庭成員自負醫療費用的補助標準，切實保障經濟收入較低的家庭也能夠根據需要獲得相應的醫療服務。

在資金來源上，「新醫改」規定：「公共衛生服務主要通過政府籌資，向城鄉居民均等化提供。」基本醫療服務由政府、社會和個人三方合理分擔費用，這點與原先的城鎮基本醫療體制的精神很類似。特殊醫療服務由個人直接付費或通過商業健康保險支付。也就是說，政府主導地位主要體現在公共衛生和基本醫療服務中。其次，在強調政府主導的同時「新醫改」還積極宣導非公立醫療衛生機構的發展，力求形成「投資主體多元化、投資方式多樣化」的辦醫體制，這個思考也非常符合中國大陸加入WTO之後必須開放服務業的長遠趨勢。據此思考，中國大陸在「新醫改」提出了下列措施：1.吸引

^{註元} 參見2009年3月17日《中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革之意見》。參見網頁http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm，查閱日期2009年12月7日。

境外資本投資興辦醫療機構；2.鼓勵國內社會資本依法興辦非營利性醫療機構；3.引導社會資本以多種方式參與包括國有企業所辦醫院，同時也進行部分公立醫院改制重組；4.推動公立醫院改制的試點，適度降低公立醫療機構比重，形成公立醫院與非公立醫院相互共同發展的格局；5.支持有醫師資格人員依法開業，方便群眾就醫；6.鼓勵社會力量興辦慈善醫療機構。

三、中國大陸面對新醫改的難點

首先，中國大陸在從事醫療改革時應該首先解決的就是政府財政投入的迷思。根據2009年的報導指出，「……中國政府規劃到2020年時，中國將建立一個政府出資的比較健全的醫療保險體系；到2011年，醫療保險將覆蓋全國90%的人口。與10月公布的草案比較不變的還有，8,500億元人民幣（相當1,250億美元）的開支，對此，中國大陸政府在2009年1月說，將在2009年及隨後兩年將這筆資金用於醫療保險體系的改革。……」，可見中國大陸政府在思考未來醫改模式時，已經開始突破過去與財政脫勾的思考，這是可喜可賀的地方。但是中央與地方政府在醫改上的出資問題上卻一直擺不平，也就是地方政府對這項改革興趣缺缺。中共官方指稱，自2009年起未來3年的醫療改革方案所需經費共計人民幣8,500億元（約臺幣4兆2,500億元）。醫療改革計畫的8,500億元開支中，中國大陸中央政府只出40%。省級及更低級別的地方政府可能不願將錢投到這種不能立竿見影，比如迅速增加就業和刺激GDP增長的地方。地方政府對於醫療改革究竟要負擔多少，仍不明確。中國大陸財政部副部長王軍就告訴記者說，8,500億元投資代表的只是醫療開支的增列。其問題誠如在北京出版的《財經》雜誌指出，「今後三年，中央政府對醫療開支的年均投資額將是大約1,110億元。

中國大陸中央政府2009年對醫療事業，包括醫療改革費用的預算只有1,180億元，中國大陸中央政府的投資額看來並不會增加。因此如何能讓地方政府情願出資成為未來中國大陸醫改的重大關鍵。」

第二，整體的醫療體制與醫師教育體制跟不上時代腳步。在醫療體制上主要的問題是醫院，目前不僅醫院的數量有問題，質量有問題，體制也有問題。在基層醫療設施建設方面，中國大陸政府計畫投資建設約2,000所縣級醫院，保證每個縣至少能有一所醫院；中央財政將於2009年出資建設2.9萬所鄉鎮醫院，並將5,000所已有的鄉鎮醫院進行升級；中國大陸中央將在未來三年內出資建設偏遠地區的鄉村診所，保證每村擁有一座診所。這個投資數額非常龐大，引起了很多財政專家的關注。很多財經專家認為這樣的公共醫療投資能落實的前提，是在中國大陸能持續維持兩位數的經濟成長到2015年，顯然這是一個過度樂觀的估計。其次是中國大陸醫生的教育體制很多元，有正規的大學醫學院，也有醫專的制度，因此醫生的素質相差甚大，這也是為何基層醫療網始終無法有效建構的原因。因此未來如要建立全國的醫療網的關鍵是必須要能有效的提升與普及大學醫學教育。在醫院體制上，如何給予醫生適當的勞務支出與克服以藥養醫的問題，則成為最大的難題。對此中共官方僅停留在口頭宣示，並未見到具體作法。

第三，所謂醫療保險體系除了國家負擔以外，還有保險市場負擔這一塊，這兩個部分如何分工與整合才是建構一個國家完整醫療網的關鍵。目前中國大陸官方在如何引進商業醫療保險市場上仍不夠多元進步，除部分大城市較為完善以外，其他很多地區仍是空白一塊。特別是在進入WTO以後，外資醫療服務業與金融服務業將大舉進軍中國大

陸，因此如何配合資本主義的發展與市場機制的建構，去借力使力以完善醫療保障體制，是未來思考醫改方向不可或缺的一環。但中國大陸官方始終擔心外資醫院的大舉進攻會破壞其原本醫療保障體制的公共性本質，會使醫療體制更朝向營利化與市場化傾斜，甚至破壞地方醫療網的建構。所以在未來如何調整心態對待外資醫院與金融服務業（包含臺資），將他們整合到中國大陸的醫療保障體制之中，這將成爲一個重大的難點。

伍、結 論

中國大陸的醫療保障體制建構的成功與否，與中國大陸的衛生安全的維護息息相關。中國大陸在衛生安全上，顯然在目標與能力上存在著一定程度的落差。本文詳細分析了中國大陸的醫療衛生的情況經由中國大陸官方的統計資料分析發現，中國大陸在醫療衛生上情況非常複雜。首先在醫療資源上，中國大陸存在著嚴重的城鄉差距，鄉村不僅醫療資金不足，醫療資源也很匱乏，如何去彌補這個差距需要政府大量的財政投入。其次就是過去中國大陸政府的財政投入雖然逐年都有增加，但卻追不上人口成長的速度，以及醫療需求的增長，致使中國大陸的公共衛生醫療網殘破不堪。未來在「新醫改」制度的建構上，更是需要大量的資金投入。中國大陸政府只畫了未來大餅，但卻是無法說明未來要如何籌資，或是資金如何到位，以去填補這個巨大的財政黑洞，這是中國大陸未來在衛生安全上的第一個隱憂。

其次就是中國大陸在醫療保障的體制上，醫院本身就是一個非常重要的角色。國有醫院承擔著過去國有企業與事業單位的種種問題，如何成功的改革醫院以使之能因應現今時代的衛生需求，成了中國大陸衛生安全網建構成功與否的關鍵。問題是中國大陸

的醫院現在向營利趨勢的一面倒的問題迄今無法有效解決，就代表了中國大陸在醫院改革上的失敗。如何指望有營利化與亂收費等問題的醫院體制，去承擔建構中國大陸公共衛生醫療網，以及去維護中國大陸的衛生安全，無疑是一個險峻工程。

第三就是中國大陸的新醫改體制表面上來看，是針對「兩江模式」與城鎮職工基本醫療體制的不足而建構。首先「新醫改」體制在財政上的語焉不詳給了新醫改的成功產生了第一個變數。其次就是一個醫療安全網的建構需要很多外在條件的配合（例如：醫學院教育、高品質且大量的醫生），「新醫改」在推動目標的過程中所有的外在條件是否能同時到位，作者大表疑問。第三就是「新醫改」雖然有遠大美好的目標，但是欠缺可靠的程序與步驟。公共政策並不是許願比賽，並非是將所有人的願望都集中在一起就是完美的公共政策。中國大陸的「新醫改」只見目標遠景卻不見步驟程序的作法，未必有利於中國大陸的衛生安全建構與維護。

「新醫改」雖然有這麼多問題與隱憂，但並非全無任何轉機。首先是「新醫改」的提出是在中國大陸經濟發展的高點提出，在此一時期不僅中國大陸經濟實力快速成長，同時也有吸引大量外資的條件，這對中國大陸政府的籌資很有幫助。其次是進入WTO使得中國大陸未來必須開放國外服務業進入中國大陸，其中包括了保險、教育與醫療等產業，這或許可以完善「新醫療」的外在條件，也能夠有效協助醫院的體制改革，這些因素都有可能助於未來「新醫改」的實施成功。

參考書目

中文書目

中國衛生統計年鑑2009。

劉明慧，「公共財政醫療衛生投入問題分

析」，大連海事大學學報：社科版，2005年第2期，頁16-17。

鄒至莊，〈中國醫療的經濟分析〉，《Management Review》Vol.18, No.10.(2006), pp3-6。

國務院研究室課題組著，完善衛生經濟政策（北京：中國經濟出版社，1996年）。

英文書目

Art J. Robert., "A Defensible Defense: America's Grand Strategy after the Cold War" International Security, Vol.15. No.4. Spring.(1995).

Baldwin A David, "Security Studies and the End of the Cold War," World Politics, No.48, October (1995), pp117-141.

Collins, Allan eds., Contemporary Security Studies (Oxford University Press, 2007).

Hsiao, W. C., 1955, "Abnormal Economics in the Health Sector", Health Policy, Vol.32, No.1 (1955), pp125-39.

Kaufman J.Daniel., U.S. National Security: A Framework For Analysis. (Mass: Lexiengton Books, 1985)

Nye Joseph S. Jr. and Sean M. Lynn-Jones, "International Security Studies: A Report of a Conference on the State of the Field," International Security, Vol.12, No.4, Spring (1988), pp5-27.

Walt M, Stephen., "The Renaissance of Security Studies," International Studies Quarterly, Issue 35 (1991), pp211-239.

邀稿：99年02月22日

作者簡介

劉兆隆，國立政治大學政治學博士；主修比較政治、政治經濟學、臺灣政經發展、公共選擇等領域；目前從事之研究包括非傳統安全（特別是醫療衛生）與氣候變遷等；現任職於國立彰化師範大學公共事務與公民教育學系暨政治學研究所專任副教授。

