

南 華 大 學  
國際暨大陸事務學系亞太研究  
碩士論文

中國醫療改革分析與影響



研 究 生：陳鏡仲

指 導 教 授：戴東清

中 華 民 國 100 年 6 月 22 日

# 南 華 大 學

國際暨大陸事務學系亞太研究碩士班

碩 士 學 位 論 文

中國醫療改革分析與影響

研究生：陳鏡仲

經考試合格特此證明

口試委員：王正旭

胡聲平

戴車清

指導教授：戴車清

系主任(所長)：吳祥祐

口試日期：中華民國九十九年六月九日

# 中國醫療改革分析與影響

## 摘要

醫療費用上漲的幅度，高於民眾收入上漲幅度的趨勢，造成民間社會的不合理現象也非常流行的順口溜也就是「有錢看病，沒錢等死」，由於中國經濟的起飛使得許多人脫離了貧困，但是脫離了貧困之後如有生病可能又要回到貧困的生活了，所以也流傳著中國醫療嚴重性的順口溜「脫貧三、五年，一病回從前」。本篇作者到了中國當地去實際了解醫療現況，並且對於在大陸工作的台商也進行了正式的訪談，希望能對於中國醫療對台商有何影響使各位台商或者旅遊的人能夠更了解現況，作者的表姊到了中國工作突然盲腸炎發作，由於不信任當地醫療緊急坐飛機回到台灣開刀治療，醫生說晚個幾小時可能就沒命了，這反映出了中國醫療讓我們不太信任，對於中國的發展影響其大。

關鍵字：醫療改革、中國醫療政策、醫療保險

## Abstract

Rising health care costs increase, higher than the trend rate of increase in public revenue, resulting in the anomaly of civil society are also very popular jingle is, "money doctor, no money to die" because of China's economic take-off so many people out of poverty, but out of poverty if ill may have to return after a life of poverty, so also spread Chinese medical severity doggerel "get rid three to five years, a disease back to the past." Benpian author to the local Chinese to actually understand the health status, and for Taiwan businessmen working in China also conducted formal interviews, hoping to Taiwan for the Chinese medical impact on Taiwan or make you a better understanding of people travel to the status of , the author's cousin to China for a sudden appendicitis attack, because they do not trust the local medical emergency to fly back to Taiwan and surgical treatment, doctors said late may have been dead a few hours, which reflects the health care we do not trust China, for China's development impact of its large.

# 目次

<b>第一章</b>	<b>緒論</b>	
第一節	研究動機與研究目的	1
第二節	文獻回顧與探討	3
第三節	研究架構與方法	11
第四節	研究範圍	13
第五節	章節安排	14
<b>第二章</b>	<b>制度變遷的理論基礎</b>	
第一節	新制度主義的內涵	16
第二節	新制度主義理論與中國醫療體系改革	30
<b>第三章</b>	<b>中國醫療體系改革變遷分析</b>	
第一節	傳統城市醫療保障制度	33
第二節	中國農村醫療保障體系發展歷程	35
第三節	城鎮職工基本醫療保障制度	48
<b>第四章</b>	<b>中國醫療體系改革實務檢驗</b>	
第一節	中國醫療保險制度實務檢驗	54
第二節	中國醫療服務體系實務檢驗	55
第三節	中國藥品銷售體制實務檢驗	58
<b>第五章</b>	<b>台商與中國醫療改革</b>	
第一節	訪談法的介紹	65
第二節	訪談法實施過程	66
第三節	訪談資料彙整	67
<b>第六章</b>	<b>結論</b>	
第一節	研究發現	72
第二節	後續研究建議	76

## 參考書目

中文部份-----	80
英文部分-----	81

## 表次

表 2-1	制度主義比較表-----	23
表 2-2	各種制度主義論者的比較表-----	28

## 圖次

圖 1-1	論文架構圖-----	12
圖 3-1	中華人民共和國全國人口數-----	36
圖 3-2	全國縣市參加新型農村合作醫療人數-----	47
圖 3-3	每年參加新型農村合作醫療人數圖-----	47
圖 4-1	財務摘要截至 2010 年 12 月 31 日止年度-----	62

## 附錄

附錄 1	醫療機構管理條例-----	83
附錄 2	醫療事故處理條-----	88
附錄 3	訪談紀錄-----	99

# 中國醫療改革分析與影響

## 第一章 緒論

本章包含五小節，第一節介紹本文之研究動機與研究目的；第二節為文獻探討與回顧；第三節則為本研究之研究架構與研究方法；第四節為本研究之預期成果與研究限制；最後，第五節為本研究全文章節編排之介紹。

### 第一節 研究動機與研究目的

#### 壹、研究動機

1979 年中國醫療體制展開一連串的改革措施，由於其固有體制與相關法令的配合不夠周延，導致改革成效不彰。隨著社會各項建設的日新月異，民眾對於醫療需求與品質要求，亦與日俱增，期望可以跟上世界水準。<sup>1</sup>醫療體制無法符合社會進步的節奏，醫療品質一直無法提升，但各項醫療費用卻水漲船高；從 1990 至 2005 年，全國公立綜合醫院的門診費用，平均上漲了大約 12 倍，住院費用上漲了約 10 倍，而同期城鄉民眾的平均收入，僅分別上漲約 7 倍及 5 倍。醫療費用上漲的幅度，高於民眾收入上漲幅度的趨勢，造成民間社會普遍存在著不平的聲浪亦即「有錢看病，沒錢等死」的不合理現象。而隨著醫療費用越來越高，中國政府苦無良策因應，突顯出中國醫療問題之嚴重性。<sup>2</sup>

中國醫療體制的運作出現了困難，如前所述，主因醫藥費用的上漲幅度遠超過民眾收入的增加幅度，導致看病貴、看病難；因而在各方的努力之下，加快腳步催生新的醫藥衛生改革體制，

---

<sup>1</sup>王虎峰，〈我國衛生醫療體制改革 30 年〉，《中國經濟發展和改革報告 NO.1》，2008，頁 664-665。

<sup>2</sup>顧昕，2007。〈中國醫療體制改革的新探索〉，《中國經濟報告》。頁 226-227。

簡稱為「新醫改」，即是希望解決民眾有病無法就醫的窘狀。新醫改的目標是要走向全民醫療保險，而全民醫保降低就醫費用此一問題的主要做法，即在於醫療保險費用，可由健康者及生病者共同負擔，亦可在民眾健康時及生病時平均分攤，解決民眾因無法負擔醫療費用，而延遲就醫甚或無法就醫的問題，使民眾不僅小病得以就醫，大病亦可安心就醫，真正落實醫療改革的目的與目標。<sup>3</sup>

2008年1月中華人民共和國衛生部黨組書記副部長高強曾在全國衛生工作會議指出，要發展具中國特色的社會主義衛生政策路線，不要盲目引進西方先進國家的衛生發展模式，以免因時空背景不同而杵隔不入。並提出全民醫療改革的七個基本政策架構，包括確立公共醫療衛生的公益性質；以預防為主，以農村為重點及采行中西醫並重的模式進行；並實施政事分開、管辦分開、醫藥分開和營利性與非營利性分開等。這些基本政策架構十分恢宏，對於中國醫療體制的改革影響深遠，唯其實際成效與改革體制變遷情形，則有待進一步解析探討。<sup>4</sup>

近年來，台商在大陸人數日益眾多，唯因流動性高，並無明確的統計數據，根據海基會經貿統計資料顯示，大陸台商人數粗估約在百萬人以上；中國醫療制度的改革，勢必對這些在大陸的台商造成某種程度的影響。我國在民國84年起全面實施全民健康保險制度，<sup>5</sup>所有的台灣民眾均納入全民健保體系，相較於中國民眾現有的醫療體制，其品性與保障相對優渥許多。因此，對於

---

<sup>3</sup> <新醫改方案解讀>，《中華人民共和國中央人民政府》，2009年4月8日，[http://big5.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/test/2009-04/08/content\\_1280226.htm](http://big5.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280226.htm)。

<sup>4</sup> <中國特色社會主義發展道路>，《第一財經日報》，2008年1月10日，<http://www.china-cbn.com/s/n/000002/20080109/000000087076.shtml>。

<sup>5</sup> <全民健保法法規>，《行政院衛生署中央健康保險局》，2008年12月2日，[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu\\_id=9&webdata\\_id=2091&WD\\_ID=49](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=9&webdata_id=2091&WD_ID=49)。

在大陸的台灣民眾其就醫問題，以及中國醫療改革對台商在中國就醫之影響，均是十分值得深入探討的重要議題。

## 貳、研究目的

經由前述研究動機之說明，本研究的研究目的歸納整理如下：

- 一、探討中國醫療改革基本衛生保健制度、醫療保健體系、醫藥關係、權力關係建立與發展之演變沿革，由制度面的觀點來解析中國醫療體制變遷的原因與路徑，從而找出造成中國醫療現況的各種元素，並對其實際運作提出合理解釋與說明。
- 二、由中國醫療體制變遷的解析結果，本研究嘗試對中國醫療體制的未來發展做合理的預測。
- 三、了解台商在大陸就醫情形與問題所在，並與我國全民健保體系進行比較分析，藉由新制度主義（New Institutionalism）的研究範疇尋找嘗試性的解答，此乃本研究的理論基礎，將透過解釋中國醫療體制的變遷進行初步檢驗。

## 第二節 文獻回顧與探討

本節主要分為三部份，第一部分是關於中國醫療改革發展回顧，第二部分是中國醫療保障體系方向，第三部分則為中國醫藥關係與影響相關文獻回顧與探討。

### 壹、中國醫療改革發展

2006年9月底，中國正式啟動醫療改革，成立了由國家11個有關部委組成的醫療體制改革協調小組，針對中國近20年來，在醫療衛生領域實行的市場化機制，導致政府職能逐漸弱化，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製

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。

有關中國醫療改革發展的研究途徑主要有三，其一為中國學者杜樂勛、張文鳴、王培舟、徐寶瑞等人所討論的，以中國特色社會主義的醫藥衛生改革發展道路；<sup>6</sup>其二為中國共產黨總書記胡錦濤在第 17 次黨代表大會報告時，所提 2020 年醫療改革之預定發展歷程<sup>7</sup>；其三係由台灣學者<sup>8</sup>李嬌瑩之研究，探討中國大陸社會保障體制下的醫療保險改革，以及<sup>9</sup>劉兆隆之研究，有關中國醫療改革制度之分析。

### 一、中國特色社會主義醫藥衛生改革發展

許多大陸學者主張，發展以中國特色社會主義為主的衛生改革發展路線，要求醫改政策須符合中國民情，認為各國國情不同，其醫療政策亦應有所不同。許多中國學者針對此一問題進行研究，如：杜樂勛、張文鳴、王培舟、徐寶瑞等人所撰之「論中國特色社會主義醫藥衛生改革發展道路」，文中即指出，要做到中國特色社會主義醫藥衛生改革發展道路，必須體認到醫療衛生事業是造福人民的事業，悠關廣大群眾的切身利益，影響經濟社會的協調發展，以及國家和民族之未來。並提出二項基本原則，即堅持社會主義及堅持中國特色。唯良好的政策尚有賴良好的政策執行能力去推動；依照過去中國經驗，常有社會對政策黑箱作業之疑慮，而導致政策效果大打折扣。以 2008 年大陸發生的毒奶粉事件為例，當許多因喝含有三聚氰胺的小嬰兒死亡事件，不

---

<sup>6</sup>杜樂勛、張文鳴、王培舟、徐寶瑞，2007，〈論中國特色社會主義醫藥衛生改革發展道路〉，《中國醫療衛生發展報告》社會科學文獻出版社，頁 8。

<sup>7</sup>〈十七大新華視點：十七大報告中的新提法和新表述〉，《中華人民共和國中央人民政府》，2008 年 3 月 11 日，[http://www.gov.cn/jrzq/2007-10/16/content\\_777764.htm](http://www.gov.cn/jrzq/2007-10/16/content_777764.htm)

<sup>8</sup>李嬌瑩，《中國大陸社會保障體制下的醫療保險改革》，2002，台北：政治大學行政管理碩士學程，頁 1-8。

<sup>9</sup>劉兆隆，《中國醫療改革的制度分析》，2004，國立政治大學政治系博士論文，頁 15。

斷被報導披露出來時，官方仍不願承認面對此一事件<sup>10</sup>，如此做法，徒增社會成本及政府後續善後之困難，所造成的負面影響甚巨。對於醫療改革政策，有識之士亦唯恐淪此窘境，因此不斷要求決策過程必須透明化，讓各方參與討論與瞭解實情。

世界衛生組織在 2008 的報告中指出，有益的公共醫療政策，非僅著重在生理方面的改善，尚需多面向的考量。以格拉斯哥（Glasgow, Scotland, UK）富裕和貧窮居民區之間的壽命有 27 年差距，顯示出影響居民健康的諸多因素，事實上，往往是超出醫療衛生部門所可掌控的範疇之外，其他諸多因素，如環境、教育及經濟等對居民健康可能產生的影響，如果在規劃國民相關的醫療衛生決策時，未能受到同等的關注與重視，則可能產生見樹不見林的缺失。<sup>11</sup>所以，在堅持中國特色社會主義的醫藥衛生改革發展路線之餘，若能參考其他先進國家的醫療改革發展經驗，將可避免產生一些無法彌補的結果。

## 二、2020 年醫療改革

中國共產黨總書記胡錦濤在第 17 次黨代表大會的報告中指出，中國到 2020 年要實現人人享有基本醫療衛生服務之目標。<sup>12</sup>衛生部亦於同年提出「健康中國 2020 戰略」，做為醫療改革之中長期計劃。該計劃共分為三期，執行提高全民健康素質的相關工作，第一期至 2010 年止，初步建立涵蓋城鄉居民基本醫療衛生制度架構，實現「衛生事業發展規劃綱要」規定的各項目標，使中國進入實施全民基本衛生保健的國家行列；第二期至 2015 年

---

<sup>10</sup> <毒奶悲歌 中國死亡數遭掩飾>，《奇摩新聞》，2008 年 11 月 10 日，<http://tw.news.yahoo.com/article/url/d/a/081117/11/19ko6.html>。

<sup>11</sup> <2008 年世界衛生報告>，《世界衛生組織》，2008 年 11 月 11 日，<http://www.who.int/whr/2008/summary/zh/index.html>。

<sup>12</sup> <高強：十七大報告是中國共產黨新世紀的政治宣言>，《中華人民共和國中央人民政府》，2007 年 11 月 12 日，[http://www.gov.cn/gzdt/2007-10/16/content\\_777795.htm](http://www.gov.cn/gzdt/2007-10/16/content_777795.htm)

止，提升中國醫療衛生服務與保健水平，達到發展中國家之列；第三期至 2020 年止，建立全面性城鄉居民基本醫療衛生制度，全民健康水平接近中等發達國家之標準<sup>13</sup>。該計劃指出，實施「健康中國 2020 戰略」，必須根據中國經濟社會發展、居民健康需求，以及重要健康危害控制因素，從流行病學、衛生經濟學、衛生政策、醫藥科技等面向，採多學科組織專家共同進行研究，明訂各階段衛生發展之優先領域，包含下列 10 大項目：

1. 愛滋病、結核病、血吸蟲病、大範圍流行性感冒防治行動計劃，有效控制傳染病流行。
2. 肝病防治行動計劃，對兒童免費接種肝疫苗，並逐步擴大到缺乏免疫力的成年人，大幅度降低感染人群。
3. 改善孕產婦和嬰兒保健的母嬰安全計劃，爭取在 2015 年實現全部孕產婦住院分娩，大幅度降低母、嬰死亡率。
4. 控制菸草和心腦血管疾病、癌症預防控制行動的計劃，降低發病率。
5. 以行為教育和心理關懷為核心的心理健康行動計劃，提高居民精神健康水平。
6. 以科學健身運動為導向的青少年健康行動計劃，興起全民健身熱潮。
7. 老年人健康行動計劃，改善高齡人口生活質量。
8. 地方病防治和職工健康行動計劃，改善衛生環境，減少職業危害。
9. 傳統醫藥振興行動計劃，推動中醫藥和民族醫藥傳承、創新，開展重大疾病防治研究。
10. 食品、飲用水安全促進和食物來源性疾病預防控制行動的

---

<sup>13</sup> 國發(2007)16 號，《衛生事業發展“一十五”規劃綱要》中國中央政府國務院，頁 1。

計劃，加強風險性評估、營養科學評價和監測網絡建設。

整體而言，此一醫療改革計劃，係以預防為主，以農村為重點，採中西醫並重的衛生工作方針。另為因應 2020 戰略所建立的 6 個體制，包括：

1. 深化醫藥衛生體制改革，建立中國特色的醫藥衛生管理和運行體制，並將國民健康列為經濟社會發展的一項重要指標。
2. 建立穩定的經費保障機制、投入增長機制和轉移支付機制。
3. 堅持科技，建立健全醫學科技創新體系、醫學科學研究合作體系、衛生技術推廣體系、衛生科學普遍宣傳體系。
4. 建立健全衛生人才教育、培養、配置和評價體系，培育和造就一批又一批醫德高尚、醫術高超的優秀衛生人才。
5. 加強衛生職業道德和文化建設，堅持為人民健康服務的根本方向。
6. 加強國際交流合作，充分利用國際資源發展中國衛生事業，幫助不發達國家改善人民健康狀況，展示中國負責的任大國的形象。<sup>14</sup>

此一 2020 年醫療改革規劃，尚稱相當完善，唯實際實施之情況與問題，正是本研究亟欲檢視與探討之處。

### 三、醫療保險與制度

李嬌瑩研究中國醫療改革背景，包括改革開放前的醫療保險制度，改革開放後醫療保險觀念的轉變，及引進西方醫療保險概

---

<sup>14</sup><陳竺高強：走中國特色衛生改革發展道路使人人享有基本醫療衛生服務>，《中國疾病預防控制中心》，2008 年 11 月 28 日，<http://www.chinacdc.net.cn/n272442/n272530/n272742/21476.html>。

念等；以台灣的醫療經驗，對中國大陸醫療改革之啓發進行研究比較；條列中國大陸醫療改革的各項措施，以及實施成效及其影響。其研究指出，中國醫療改革在加入WTO後，有可能帶來潛在商機，因而對中國大陸的醫療制度與品質的提升，帶來正向的刺激作用，以及台商就醫問題亟待解決等。<sup>15</sup>

劉兆隆在其論文「中國醫療改革的制度分析」一文中，運用許多理論解釋治理與國家之間相互影響關係，指出中國醫療改革的管理機關與權責變化，舉其他國家的醫療保險基金管理與體制為例，說明中國在這些方面的不足之處。<sup>16</sup>此外，對於中國在醫療職能範圍，諸多不當的控管與干預措施，亦提出初步的解析結果。

## 貳、中國醫療保障體系

醫療保障體系亦稱爲全民醫療保障體系，係指建立以社會基本醫療保險爲核心的多層次醫療保障體系，使人人享有基本的醫療衛生服務。根據報導，中國大陸在 2006 年止，占全國總人口近 60% 的農村居民，僅享用了 20% 左右的醫療衛生資源，超過七成的農民沒有任何醫療保障；<sup>17</sup>而全民醫療保障體系之意旨，乃在建立全民普遍性的醫療保障體系。

### 一、中國特色的醫療保障體系

中國學者王保真，以中國特色的醫療保障體系應具有以下七項基本特徵：第一項全覆蓋，也就是要把醫療保障體系中社會基

---

<sup>15</sup>李嬌瑩，2002。《中國大陸社會保障體制下的醫療保險改革》，台北：政治大學行政管理碩士學程，頁 12-38。

<sup>16</sup>劉兆隆，2004，《中國醫療改革的制度分析》國立政治大學政治系博士論文，頁 20-30。

<sup>17</sup>新華網<http://72.14.203.132>，2007 年 3 月 16 日。

本醫保制度應覆蓋全民。第二項保基本，根據有限責任政府有所為有所不為的原則，科學界訂基本醫療保險保障的範圍，基本醫療也不能包攬過多，超越地方經濟發展水平，也不能一味的強調低水平，使群眾不堪負重或必須的基本醫療得不到保障，第三項多補充，由於基本醫療只保基本，所以就決定了補充醫療保險存在的必要與廣闊的空間，不同收入人群的醫療保障需求呈現多樣，個人醫療負擔來自於各個不同方面，就決定了補充醫療保險應該是多種多樣，豐富多彩。第四項重救助，國際上有不實行社會醫療保險的國家，但沒有不重視社會醫療救助的政府。第五項管理型，醫療保險可持續發展的關鍵，是既能使患者享受優質的醫療服務，又能控制醫療費用的上漲。第六項社會化，稱是並大力發展社會化服務體系，積極建設社區服務平台，將管理與服務向老百姓身邊延伸，以方便群眾提高管理效率與水平。第七項一體化，各項制度的整合，政策的銜接與城鄉體制的一體化。<sup>18</sup>這個保障體制是由社會基本醫療保險為核心的、多層次的醫療保障體系構成，主要包括：城鎮職工基本醫療保險、城鎮居民基本醫療保險、新型農村合作醫療制度、城鄉醫療福利、城鄉醫療救助、商業醫療保險以及互助醫療等，已經有很多醫療保障了，可是回頭想想究竟有多少人可以得到這些保障，離實施時間還需多久，其中是否會遇到黑心官員的毒手，我覺得繼續觀察說不定可以令我們對中國政策有所改觀也說不定。<sup>19</sup>

## 二、中國醫療保障體制改革

就目前資料而言，台灣由李嫻謙撰寫的「中國醫療保障體制改革之初探-以上海為例」，曾論及有關中國醫療體制的問題，其

---

<sup>18</sup>王保真等主編，2005。《醫療保障》。北京：人民衛生出版社。

<sup>19</sup> 同 18 註，頁 8-21。

中比較特別的是，討論到個人醫療儲蓄帳戶的制度，這是模仿新加坡醫療儲蓄帳戶制度的概念，針對新加坡與美國的醫療儲蓄帳戶制度的優缺點，做說明與比較，進而將之比對近年來中國保障制度的變遷，以個案說明上海城鎮職工基本醫療保險制度之探究<sup>20</sup>，該文的特點在於引用許多數據資料撰寫，提供許多詳實的資料。本文除仍針對研究主題進行相關文獻回顧與探討之外，並嘗試分析現行醫療保障制度的變革，以及大陸民眾的反應如何，並瞭解對大陸台商的影響為何。

### 參、中國醫藥關係與影響

醫藥不正當利益輸送的存在是中國醫藥費用居高不下，以致社會普遍反映「看病難、看病貴」的主要原因之一。切斷醫藥不正當利益輸送與連結，為社會大眾咸認醫療改革的基本條件；而要切斷醫藥不正當利益輸送，必須切斷醫療機構、醫生醫療行為與藥品收入之間的經濟輸送，改變醫療機構及醫生，以超過患者合理治療所需用藥進行處方的利益誘惑，而不是僅將醫療機構與其藥房在隸屬關係上做型的分開而已。<sup>21</sup>

當醫療機構或醫生使用已超過患者合理治療所需用藥進行處方時，即形成一種醫藥連結的不當經濟利益激勵，也就是醫療機構與藥品營銷的經濟利益關係，以及醫生處方與醫生個人收入的不當經濟利益關係。此一不當利益連結，導致醫生使用大量處方和高價位的藥品，以便拿到藥品的回扣。常見的不合理現象，如只是輕微的感冒，但醫生卻會幫病人打點滴、打針，開一大堆

<sup>20</sup>李嫻謙，2006。《中國醫療保障體制改革之初探-以上海為例》，嘉義：中正大學社會福利研究所碩士論文，頁1-20。

<sup>21</sup>王光平，2008，〈專家預計醫改方案或今冬明春公開徵求意見〉，《中國網路電視台》，2008年10月20日，<http://news.cctv.com/china/20081010/102804.shtml>。

用藥，無形中使民眾負擔額外的醫療費用。陳文和蔣虹麗研究中國大陸歷年來的醫藥費用變化，自 1991 年到 2006 年間，中國每人平均藥品費用支出，從 42.55 元增加到 341.28 元，增幅高達 8 倍。<sup>22</sup>排除醫療服務價格比價效應後，此一指標水平，仍遠高於其他不同社會經濟發展水平下的大多數國家。丁敬芳、陳文、蔣虹麗、應曉華進一步指出，不正當利益輸送與連結的成因，其中是有一些歷史的原因，中國爲了強調衛生事業的福利性，政府嚴格控制醫療服務收費標準，實行定價低於成本價，卻又爲維持機構的正常運行，在政策上允許醫療機構進藥時，享有一定的加成收益，以彌補提供醫療服務所產生的財務虧損。雖然是有歷史的原因但是本研究更覺得是有組織上面的問題，中國大陸這個大組織是有很多的變數，人與人之間的相處、上層與下層政策與命令的傳達等等很多的變異值關係是非常大的，這些作法，均是造成中國醫藥關係不正常發展的歷史成因。

本研究將針對此議題嘗試由各種面向探討、解析其成因，及中國政府爲切斷醫藥不正當利益輸送與連結的做法與成效。

### 第三節 研究架構與研究方法

#### 壹、研究架構

對中國醫療改革政策、實施情況，及其發展、變遷、成效與影響進行分析研究。每一國家有其各自不同的民情風俗和歷史淵源，因此各國政府在做決策時，會依國家的利益和人民的需求做抉擇，政策決定之後則會落實制度；當制度執行一段時日之後，可能外在環境有所改變，這時爲因應世界的潮流，可能必須修改

---

<sup>22</sup> <2007 年中國衛生統計提要>，《中國衛生部》，2008 年 2 月 10 日，<http://www.moh.gov.cn>。

舊制度，使之變成新的制度，在這樣不斷地循環改變之下，週而復始，讓國家發展不會停滯。本文係以中國醫療改革實施之歷程、發展及影響作為分析基礎，研究架構圖如圖 1-1 所示。

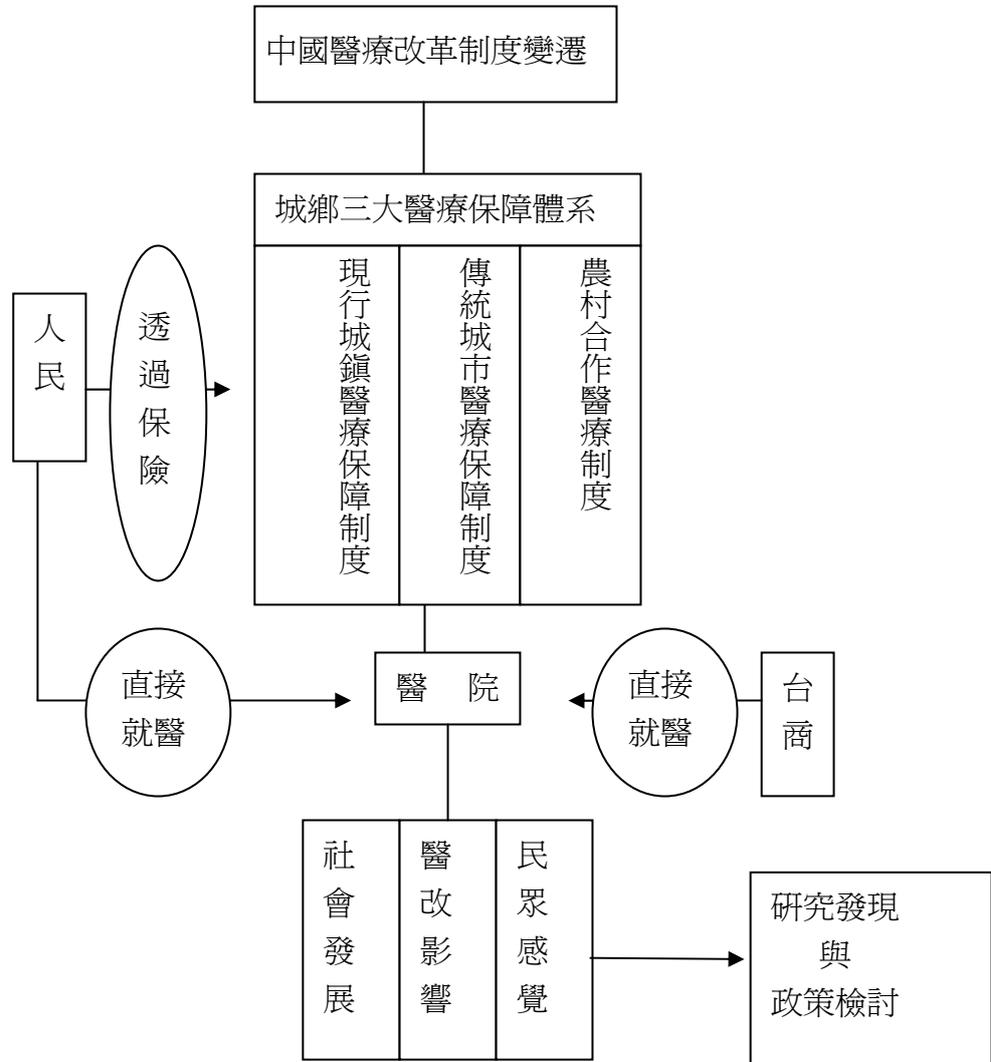


圖 1-1 本論文研究架構

## 貳、研究方法

本研究係以中國醫療改革進行質性研究，蒐集 2006 至 2009

年間，中國大陸醫療改革變遷，包含基本衛生保健制度、醫療保健體系、醫藥關係、權力關係的建立與發展等，其相關的書籍、期刊、論文、研究報告，進行分析、比較、整理與綜合，並且從理論與實務面進行彙整解析。

在次級資料又稱為二手資料這方面，是指針對初級資料加以分析、比較和彙整後所得的綜合性資料。對社會科學研究而言，次級資料具有相當重要成分，因其往往蘊藏著豐富的知識傳統。

本研究係以中國大陸政府各項出版品，作為主要的次級資料來源，以進行分析、比較、整理、綜合與探討。

最後係指訪談者依據訪談提綱，以語言為工具與被訪談者直接對談，來獲取被訪談者的情報、意見或信念等。本研究為能更深入瞭解台商對中國醫療改革之影響，對其所推動的各項措施與配合意願，及實際就醫的情形與問題等，運用訪談法以取得相關資訊。

#### 第四節 研究範圍

一、本研究依循新制度主義的分析架構進行探討，但現實面中國醫療體制之運作，其約束與變遷來自各個層面，本研究若欲全面涵蓋討論，勢必超出研究時程，故僅能選擇需要的來探討解析。

二、中國醫療改革的過程中，充滿政治妥協及各方利益糾葛，故在文獻使用的限制上，包括文件之文字模稜兩可，以及統計數據的可信度。前者徒增本研究解釋上的不確定性及困難度，後者則存有保留及懷疑的空間，其原因在於中國大致上

仍處於人治階段，而「人」的原素難以預測與掌控；再則，一項改革政策其實很難估計其影響性，其間是否存在矛盾或衝突，均難以量化呈現。

三、在中國大陸特殊的政經環境下，其醫療改革歷程與其他國家的發展歷程，大異其趣；如未能掌握此一差異性，深究其經濟社會架構之轉換，極易導致適用性不足之問題，形成研究偏差。因而本研究在進行中國大陸解析時，必須深入瞭解其政經環境的轉變與發展，適時適度地加入虛擬變數來加以解釋。

四、本研究對於中國醫療保險制度，將進一步探討其醫藥關係，探討其醫藥價格居高不下的原因；並針對台商在中國就醫的情況與問題，進行一系列的訪談與分析，以探討中國醫療改革對台商在大陸就醫之影響。

## 第五節 章節編排

本研究分為六章節，第一章為緒論，綜合論述本文之研究動機與研究目的，文獻回顧與探討、研究架構與研究方法，以及預期成果與研究限制等。

第二章為制度變遷的理論基礎，以新制度主義分析中國醫療改革，分述新制度主義的內涵，及以新制度主義理論解釋中國醫療體系之改革。

第三章為中國醫療體系改革變遷分析，分節說明中國醫療制度的歷史沿革。

第四章為中國醫療改革之實務檢驗，涵蓋改革前後的就醫情形比較，以及醫院與藥商運作現況。

第五章為台商與中國醫療改革，彙整中國對於台商就醫的各項規定，以及中國現行醫療制度對於台商的影響。

第六章結論，綜述本研究之研究發現、理論檢討，以及對中國醫療改革進行總結，並提出對後續研究者之建議。

## 第二章 制度變遷的理論基礎

本章包含二小節，第一節介紹新制度主義的內涵；第二節則以新制度主義理論解釋中國醫療體系之改革。

### 第一節 新制度主義的內涵

「新制度主義」(New Institutionalism) 的概念源自於經濟學，有一說最早係由 Ronald Coase 在 1937 年所著的「公司的本質」一書中，對制度研究所發展出來的觀點；另一說則認為新制度主義係源自於 March 及 Olsen 二位學者，於 1984 在 American Political Science Review (簡稱 APSR) 發表的一篇論文中提及，自此對社會科學研究產生重大影響。

新制度主義之主要論點主要有二<sup>23</sup>，首先，新制度主義強調政治制度的「相對自主性」，因為政治民主化，不僅有賴諸多經濟與社會條件，更有賴政治制度的合宜規劃與設計。官僚機構、立法機關與司法機關，雖仍可視為社會各方勢力的競逐場域，唯彼等仍不過是一套標準化運作程序的集合，與利益界定的結構。因此，政治制度應被視為「政治行動者」(political actors)，且在某種程度上，亦扮演著決策者的角色。其次，新制度主義，並不否認追求自身利益之最大化，是人們從事政治行動的一個重要動機；但更強調「利他的動機」和「獲得社會讚許的動機」，對於主導人們行為的重要性。

新制度主義指出，歷史過程本身，可能並不存在某種唯一的、最優的結局，歷史發展存在著諸多複雜的可能性，其中亦包括了停滯、倒退的可能。當代主流政治學提出，「行動就是選擇，選擇就是根據結果的預期所做出的」，這種思考模式使得決策的制訂和資源的配置，成了政治活動中首要的關注焦點。因此，我們可以得出一個結論，亦即所謂的「政治制度」，其

---

<sup>23</sup>劉兆隆，2004，《中國醫療改革的制度分析》，台北，國立政治大學政治系博士論文，頁 32-37。

實就是一組相互關聯的規則與慣例的集合體<sup>24</sup>（王業立、黃豪聖，2000）。我們理解「制度」是社會科學界一個古老的研究對象；然而，它也是社會科學家們眼中一項永遠的「迷惑」（puzzle）。學者<sup>25</sup>Grafstein（1992）就曾提問：「如果制度只是受造於人，為何它能限制人的行為？如果它不是受造於人，它又是如何產生的？」不論制度被視為是一種個人偏好的組合；或是一種符號性互動的文化；或稱之為一種歷史的載體，它都是社會科學長久以來的重要核心議題。

其次對於制度研究的興趣，不但古老，而且是跨學門的。涂爾幹（Emile Durkheim, 1982）很早就稱「社會學是專門研究制度起源與功能的科學」<sup>26</sup>，因此，社會學者一向對於正式或非正式制度對於個人行為的限制充滿興趣；經濟學發展雖然一直環繞在個人理性與市場機制的問題，但是在本世紀兩大概念—「交易成本」與「有限理性」革命的催生之下，制度性規範的客觀效力日漸受到重視，經濟市場中的組織與制度，漸成研究焦點；而政治學自本世紀初以來，亦受到社會學與經濟學的雙重影響，對制度研究的興趣與重要從未間斷。

根據North對制度（institution）的定義，制度乃是一個社會中的遊戲規則，制度可說是人為制定的限制，用來約束人類的互動行為，形成人類交換的動機。早期對於制度的研究重點，在於制度規則的敘述與分類，卻未檢視制度所產生的影響力及其本質為何；其後的研究針對上述的缺失，研究的焦點轉移到制度中個人所採取的態度與行為，但是這樣的觀點，欠缺對制度所提供的動機、意義、結構與個人行為關係的說明，因而，新制度

---

<sup>24</sup>王業立、黃豪聖，〈選舉制度與政黨轉型：一個新制度論的分析架構〉，《政治制度》，台北：中央研究院中山人文社會科學研究所，頁 401-430。

<sup>25</sup> Grafstein, Robert. 1992 *Institutional Realism: Social and Political Constraints on Rational Actors*. New Haven: Yale University Press.

<sup>26</sup> 原文如下“...sociology can then be defined as science of institutions, their genesis and their functioning.”

主義乃因應而生，進一步強調制度規則對於制度結果所產生的影響<sup>27</sup>。

## 壹、自由主義興起與制度上的分析

在過去 20 年 20 世紀北美和西歐的特點是保守政府的選舉，拉丁美洲在追求簡樸的穩定政策，和共產主義政權崩潰的東歐和蘇聯及其運動走向市場經濟。因此，這一時期被形容為一個上升的新自由主義，也就是一時間市場解除管制，國家權力下放，大幅減少國家干預經濟事務。

新自由主義的變化一直是與政治體制有相當大的關係，沒有看到因為第二次世界大戰後立即出現一個理論，試圖改變一些最基本的政治和經濟食衣住行的戰後時代，包括勞動力市場協定，工業關係體系，分配稅收結構，和社會福利計劃，這些變化慢慢轉變，從凱恩斯主義的經濟思想，強調政治管理總需求，更為保守的貨幣主義基礎，供應方和理性預期理論

(Heilbroner 和米爾貝格 1995 年)。這包含著對抗的想法和言論在規範層面體制方面的種種變化，對於這個社會應該追求和平穩定規則的水平方向具體政策建議，在這個時期有必要解決各種社會和經濟問題，特別是經濟停滯造成的困境和對國家的政治經濟體經濟全球化的力量。已經發生過很多爭論懷疑這些變化對於他們的因素，但很少有人懷疑新自由主義已成為我們世界一個重要組成部分，同時，而不是巧合的是，由於巨大的變革與新自由主義的興起，出現了新的興趣，因為 70 年代中期在分析機構的關鍵決定因素，在於政治和經濟表現，以及調查他人與自己的權利關係。這發生在歐洲以及北美的出現，並涉及一些新的制度主義範式，特別是理性的選擇，首先比較優勢和弱點，這些新模式的通過他們將實證分析新自由主義的興起。很重要的原因有兩個：第一，由於認為新自由主義的興起發揮了重要作用，在制度分析的發展，它是恰當的理論觀點，認為它有助於培養這種現象應該如何成為廣泛的研究利用，為什麼他會出現在第一個，是什

---

<sup>27</sup> 《North「制度論」與明清經濟中的組織、法律與文化》邱澎生，中研院史語所，2001，<http://www.sinica.edu.tw/~pengshan/>

麼已經影響了制度。第二，直到 90 年代中期的學者往往要工作在他們自己的制度主義範圍或從事批判性的辯論，雙方攻擊對方的弱點（如迪馬喬和鮑威爾 1991 年凱澤和 Hechter 1991 爾倫和 Steinmo 1992 年）。然而，最近出現了要求也許被描述為第二運動機構分析，也就是說，一個更有建設性的對話，以便查明在這範圍內的互補性，並探討是否可能和解、相互交流、融合。這源於學者之間日益認識機構和體制變革的複雜性比較任何模式描繪，制度本身是時候開始探討如何補充和相互連接的方式，最終可能產生新的見解，有新的問題絕對分析機構去解決這新的問題才會有新的答案。研究一個問題由不同的人研究一個共同經驗問題最終如何打破這問題，在這種情況下，新自由主義的興起。

在實證層面上，首先新自由主義的概念比較複雜、多樣、有爭議的，通常認可開放的詮釋，新自由主義是不連貫的整體，正如人們經常假設，一個沒向心力的組織，思想和政策規定從其中挑選問題根據當時的政治、經濟、社會、歷史和體制條件，結果可能是矛盾的或需要補充的，而且國家內部往往各不相同互相矛盾。根據制度主義範式在工作，即使過程中挑選和選擇可以從許多不同的角度，制度分析帶來了這一切歷歷在目。第二，人們普遍收斂朝著一個共同的一套新自由主義的機構，但它也是錯誤的建議，沒有任何收斂。事實是在兩者之間，植根於新自由主義的概念，並沒有這麼多涉及放鬆管制的重新調節經濟活動。第三，各國更無行為能力的新自由主義的興起比通常讚賞。相反，國家可以阻止，適應，調解，在某些情況下甚至逆轉新自由主義傾向。最後，相反的是新自由主義的支持者聲稱，市場放鬆管制並不一定結出更加有效的經濟行為比其他體制安排。<sup>28</sup> 每個模式都有自己的優點和缺點，尤其是當現實涉及到複雜的現象解釋為新自由主義的興起。第二次在分析制度是不可避免的，這將是天真的，如

---

<sup>28</sup> 張斐蘭，國際金融體系的現實主義本質研究：以東亞金融危機為背景討論，(高雄，國立中山大學政治學研究所碩士論文，2003 年)，頁 17-37。

果不是空想，因為忽略了如何創造出來的學者熱衷於各種理論和捍衛自己，然而，這一數量表明，理論進展，可考慮以何種方式不同的範式，可以通知對方通過實證研究。

## 貳、政治經濟與新制度分析

新自由主義本身就是一個異構的一套機構組成的各種思想，社會和經濟政策，以及如何組織的政治和經濟活動有很大的不同從別人。理想的情況下，它包括正式制度，如最低限度的福利國家，稅收和商業規範管理方案，靈活的勞動力市場和分散的資本支配勞動關係的強大的工會和集體談判權，以及缺乏對國際資本流動的障礙。它包括規範性原則制度化傾向自由市場經濟問題的解決方案，而不是談判或指導性計劃和一個致力於控制通貨膨脹甚至不惜犧牲充分就業。它包括制度化的認知原則，特別是一個深刻的，採取換授予新古典經濟學的信仰。如果新制度主義範式是值得的，他們應該能夠以帳戶為這一非常重要的出現，一套機構。他們應該能夠表明各國如何採取新的思路，採取不同的政策，並最終改組的政治經濟活動的方式是根本不同的，從什麼以前的情況。這似乎也恰當利用的制度分析，以查看新自由主義，因為一些版本的體制分析，試圖說明同一套政治和經濟問題引發的爭論在新自由主義的可取性擺在首位。其他版本的制度分析並沒有那麼直接刺激這些問題，但仍然有一些深刻的理論意義的新自由主義的核心教義。

具體而言，在努力去理解為什麼一些發達資本主義國家更容易遭受滯脹後崩潰的布雷頓森林協議，1971 年第一次石油禁運於 1973 年，學者們研究了不同的國家機構內的政治和經濟決策嵌入。<sup>29</sup> 早期文獻的基礎上比較政治經濟，許多人認為經濟表現差異，在 20 世紀 70 年代取決於是否自由，中央集權，或社團機構佔了上風。事實上，許多文獻認為這個社團安排優

---

<sup>29</sup> 張逸安譯，George Soros 著，索羅斯論全球化 (Suo luo si lun quan qiu hua) (臺北：聯經出版社，2002)，頁 86-93。

於其他因為它們往往是伴隨著較低的通貨膨脹，降低失業率，並減少勞資糾紛，以及較高的生產率增長和技術創新，大部分這種文學奠定了基礎的東西後來被稱為歷史主義。

由於這文學開始出現，學者，特別是在斯堪的納維亞國家，誰認識到，複雜和重要的機構之間存在分歧的國家和社團的含義，在自由和中央集權的同時，應對突發性表示擔心過分強調了比較文學形式方面的機構在犧牲他人。此外，他們認為，不同側面的話語變化的機構幫助解釋了在公眾政策和經濟績效在社團的國家。例如，他們記丹麥的顯著成就，減少其預算赤字在 80 年代中期的能力，其領導人利用的原則，完善的制度化的話語，強調社會合作，建立共識，這使主要的社會夥伴的重新界定他們的利益，條款將預算控制。這種批判另一個機構代表的工作，也試圖解釋的相對成功的社團的安排，但有更多的多方面的制度分析方法，我們把這種文學作為話語主義。最終，來自其他學者的理論傳統，政治經濟開始融入到他們的話語方式工作，往往在其帳戶的新自由主義的興起由於滯脹堅持在某些情況下惡化，懷疑出現在 70 年代末和 80 年代初有關的療效和可取性社團和政治空間開闢了新自由主義實驗。這是加劇了越來越多人相信，經濟活動正變得更加具有全球導向的能力，民族國家對經濟進行管理相應地被顛覆，這是先進國家的競爭地位需要更靈活的體制，特別是在勞動組織市場和生產，以更好地應對全球經濟因素;和體制僵化是促進經濟問題。反過來，一些國家政府開始減少福利國家計劃和中央社團放棄談判和蓬勃發展的指示性規劃，民政事務總署較早前在如此多的國家。機構再次提請注意，但這次視為阻礙國際競爭力。學者們的智慧創造了這個新自由主義的理由轉年前通過公共選擇理論，奧地利學派經濟學，貨幣主義，自由主義和保守。一個特別重要的和相關文獻取得突出在 80 年代和 90 年代初的重點是如何合理的經濟行為者追求自己的短期利益傾向，進一步加強政治和經濟機

構，往往扼殺科技創新，經濟效率，長遠的經濟增長。這項工作是一些直接涉及解釋滯脹和其他經濟問題 70 年代末。當然，理性的角色模式已經存在多年，為合理的動力選擇制度來盡可能多的學術爭論，因為它沒有從與當代經濟問題的關注。然而，它的發展提供相交，常常洞察新自由主義的問題，沉澱實驗。

早期工作在組織制度主義是不關心的問題的滯脹，放鬆市場管制，等等。相反，它是誰做有興趣的學者，在展示如何組織，如學校，博物館和醫院改變了做法，新的文化體制和模式擴散腳本通過組織環境中，往往在國際一級，並擔任象徵性和禮儀用途最少多達功利的。然而，這些學者的出現作出反應的歷史和理性選擇制度主義的方式，對一些有重大影響的新自由主義的核心原則。

這兩個組織收取合理的選擇和歷史制度的重要性，忽視了系統的規範，文化腳本，認知框架和意義系統。他們認為，這些因素嚴重的任何傾向有可能是行動者建立機構的基礎上，他們的自身利益，而這些影響往往是相當積極的經濟業績的企業，市場和國家的政治經濟體。因此，組織制度主義意味雙刃批判新自由主義。一方面，新自由主義認為演員們自然帶動一個自私自利，工具理性，但組織表明，這種合理性，與其他人一樣，是社會結構和文化上和歷史上隊伍。換言之，沒有任何關於它的自然。另一方面，新自由主義認為，如果演員們留下自由追求自身利益，那麼美國經濟將產生最佳的效果。然而，組織表明，自由市場制度並不一定有更好的表現比中央集權或社團形式的資本主義，並肆無忌憚體制自身的利益反而會損害經濟表現。

### 參、制度範例

總之，由 90 年代中期四種不同的模式已經發展的制度分析。它們構成了典範基金會賴以其餘文章是建立在本卷。其特點有很詳細描述了在其他地方。不

過，下面我們簡單介紹一下他們的一些最相關的功能只要我們的項目是有關的。這個討論是總結在表 1。然而，重要的是要明白，表 1 表示這些範例作為理想類型，其中每一個有點異類真正代表家庭的理論。像所有的家庭，經常有過分歧在每個模式的理論和其他問題。例如，理性選擇制度包括交易成本理論，委託代理理論，博弈論，甚至一些傳統的多元版本的理論，只要它們都假設參與者追求自身利益，並建立相應的政治和經濟機構。因此，試圖在短暫的一瞥表徵一定只提供一個粗略的輪廓是每個模式下的許多重要的變化可能存在，更不用提在邊界的模糊性之間儘管如此，我們提供這樣一個草圖，以提醒讀者最重要的理論和方法問題攸關整個體積。

表 2-1  
制度主義的比較

	理性選擇制度	歷史制度主義	組織主義	話語主義
問題	如何解決問題 機構的交流和 集體商品生產？	機構如何塑造 能力和機構建 設的行動？	機構文化是如 何構成，合理 化和合法化？	機構如何組 成，框架，並 轉化話語中 的？
條件的變化	轉移的成本和 效益	危機和外部衝 擊的矛盾體制 邏輯	環境不確定性 增加的政治文 化變遷	知覺的政治經 濟危機的存在 替代話語
機制的變化	基於利益的鬥 爭，衝突，談 判，戰略遊戲	利息，理念， 意識形態的鬥 爭，衝突，談 判學習，反饋 和實驗	模仿，擴散， 翻譯	翻譯，位移
認識和方法論	實證演繹搜索 的一般理論	搜索歷史比較 感性具體理論	實證理論演繹 搜索 尋找歷史的解 釋歸納具體解 釋	尋找歷史的解 釋歸納具體解 釋 考古文本

資料來源：John L. Campbell & Ove K. Pedersen., *The Rise of Neoliberalism and Institutional Analysis* (Princeton University Press, 2001), p.1-12

首先，在最基層的每一個範例是出於這樣一種不同的問題。理性選擇的看法是

關心如何建立機構合理的動機演員的交流來解決問題，如降低交易成本和管理委託代理關係，集體物品的生產。歷史常常顯得較為關心的是如何變化的政治或其他機構塑造演員的能力的行動，政策制定和體制建設。組織往往興趣在如何理性和合理化的制度建設在文化上和認知構成和合法化。主要關注的是話語機構如何組成，框架，並轉化通過新老對抗的話語結構也就是說，系統編纂的象徵意義在語言，行為影響如何觀察，解釋和理由，特別是社會環境，這是很重要的，因為正如本書所說明的，這些問題群影響的各種問題，研究人員發現有趣並值得研究。因此，當他們著手研究類似的經驗現象的新自由主義的興起，他們可能會研究不同的地方發現它，從而使其他模式可能會錯過考慮到不同的問題，他們往往要問。這是千真萬確的貢獻。

例如，不同的範式理論化不同條件下的變化。理性選擇斷定，材料轉換機構的因素，如價格或交易成本，移位和他們覺察到這樣做的好處將超過成本。歷史同意，體制發生變化時，演員認為，這是在政治或經濟利益的追求它尤其是在面臨重大危機或其他衝擊如抑鬱，內亂或戰爭而且機構塑造因此能力和策略，追求變化的行動者。然而，他們也認為，因為不同的機構可能根據不同的運作邏輯，這些邏輯可能偶爾會相互矛盾，帶動了體制的變化也可能是內生到現有的星座機構。組織表明，體制發生變化的條件下演員們對環境的不確定性，常常感到困惑什麼是最合理或成本效益的戰略應該是，無論採取文化上適當的或合法的做法和模式，他們發現他們周圍。因此，制度變遷是由邏輯驅動的更恰當的工具性比邏輯。

此外，在形成鮮明對比的其他範例，一些組織還認為除了物質條件的變化，政治文化的轉變特別是新類型的出現，適當的政治組織或經濟行為通常激發體制變革。認為感知的體制危機，加上另類話語的存在，通過演員界定和解釋危機的新途徑，提出新的解決方案對他們來說，是必不可少的條件，體制變革。接下來的章節顯示，所有這些因素有助於促進新自由主義。範式也採取不同的立場上，

通過它的機制發生變化。理性選擇理論家普遍認為基於興趣的鬥爭，衝突，談判，或戰略遊戲為行政機制的改變。例如統治精英互相鬥爭和公民建立政治機構和其他資源稅中提取從社會。還可以查看歷史鬥爭和衝突的主要機制，通過它的體制發生變化，但他們看到的思想和意識形態以及利益驅動這些鬥爭。最近，他們也開始關注如何變化可能源於體制嘗試和錯誤實驗，學習，而影響政策的意見。對於這兩種理性的選擇和歷史，結果可能有很大的不同的個案，根據現行體制，歷史和政治條件。與此相反，許多組織制度主義認為，由於體制變化主要是一個過程建模適當的行為，它是一個更衝突性的過程，通過它模仿新的體制形式，通過擴散領域的組織或跨民族國家一個過程，其結果條款中描述的體制同構，同質性，或融合。最近的支持者組織制度主義觀點的進程中變化更加為一體的翻譯，其中組織或政體採用新模式，但現行體制條件，造成較為分化機構的成果。同樣，話語集中討論如何要素之一，話語被翻譯成另一種定義，並取代舊的問題和解決方案。因此，新老結合的話語元素的創新方式，促進體制方面的變化，通過話語聯盟。無論這些機制是相互排斥的，是一個問題，每一個模式往往採用不同的認識論和方法論的約定。

理性選擇有至制定了實證方法，強調從理論推導的假設的基礎上原則方法論個人主義和考驗他們，學習談判和交流關係，以保持發展的一般理論，跨越時間和空間。相比之下，雖然不反對歷史假設檢驗，他們往往比同類型案件，如群體的先進民主國家或資本主義經濟，以電感產生理論關於政治，經濟系統，更具體到特定的時間和地方。多年來，組織採取了實證的方法，雖然從很多不同的假設推導的理論原則，從那些理性的選擇。然而，最近的醫生採取了更為感性的解釋和策略，以更好地識別的過程和機制，使行動者試圖使他們的處境意識和屬性的含義及其機構。這種做法也是很典型的感性話語論，它來自一個解釋學的傳統，尤其是因為它要求研究人員進行的考古檔案或文字材料。在極端的情況，值得關注的是歷史發展的具體說明和解釋，沒有因果關係理論的一個傳統意義上的。事

實上，組織論，如果不是代表其他的模式，似乎是通過一個特別不同的一套方法，以促進他們的理論立場很重要，因為它表明，也許是相當嚴峻的方法經常出現分歧，這些範式分開不這樣做。

當然，每個模式都有其獨特的理論根源過於複雜，在這裡詳細的審查。理性選擇演變而來的新古典經濟學作為表示，值得注意的是，這一事實，這兩個擁抱的原則，方法論個人主義。然而，它在很大程度上避開了新古典主義的痴迷與形式化建模為代價的實證分析和越來越多的理論堅持機構如何影響戰略考慮和個人的信息成本。歷史拒絕方法論的個人主義以及過於寬泛，往往從功能，分析了社會採取韋伯的比較政治經濟學的方法，包括利益的潛力自治國家行為者和機構，與馬克思主義的關注與危機理論和階級鬥爭。組織制度主義發展的關鍵反應，無論是行為主義和功能主義的社會科學在第二次世界大戰後的理性選擇理論更加最近，並嚴重影響了社會建構理論的現象學，符號互動論和認知心理學。話語主義的影響，一方面，由語言學，解釋學，人類學和結構的列維—斯特勞斯，瑪麗道格拉斯，塞爾等人，並在另一方面，社會哲學的批判的理論家如保羅。它代表了拒絕經驗主義，實證主義，行為主義和馬克思主義唯物論，特別是法國結構主義的品種，更加關注社會的批評。然而，儘管這些大不相同的理論淵源，所有這些觀點的四個擁有共同關心人的行為定位在體制方面。是什麼使得這些範式

“新”而事實上，它們的起源是什麼促成了在理論層面是一般理論拒絕過分的社會結構和個人行為。因此，他們都強調其重要性更中檔比他們的前輩的解釋。即使是理性的選擇，誰努力為廣大理論概括多於做其他制度主義理論家的模式，採取歷史和背景更加認真比新古典主義的理論家。值得注意的是許多理性選擇理論家現在提倡使用的方法稱為分析方法敘述，那裡的研究人員分析工具融入到遊戲的理論與實證厚厚的歷史描述的情況下，仔細指定範圍條件下他們的理論，後來才，一旦理論已完善了光的實證案例，測試它反對“出來的樣品”的情況，以便更廣泛地推廣。

這是一個重要的一點。其中一個原因的制度分析變得如此重要的是，它填補了

真空留下的其他學者誰制定了各種非常不同的模式，這到底是不是原來是非常好的經驗解釋現實。有兩個例子就足夠了。首先結構功能作了徹底的預言在 20 世紀 50 年代關於循序漸進，逐步發展日益完善的綜合性工業社會現代化的必然性。然而，20 世紀 60 年代的社會動盪和許多發展中國家未能真正“現代化”，成爲獨立的民主社會抹黑這個辦法，依賴理論，世界體系理論，發展理論的最新版本都顯示。二，新馬克思主義的普遍規律理論化的決心與資本主義生產方式也有缺陷，因爲它不能充分解釋千差萬別，在不同的組織和性能先進的資本主義社會內部。事實上，在 20 世紀 70 年代後期若干著名的新馬克思主義者開始加入到他們的基本制度分析工作，正是爲了應對這些問題。也不是新馬克思主義能夠考慮現實經驗的國家社會主義社會，特別是持續的不平等和經濟表現疲弱同時蘇聯和東歐國家的崩潰之前，他們的共產主義政權。

最後，學者成爲不滿意這樣的“大理論”，並開始返回到根古典社會學，政治經濟學和政治學的再發現機構。韋伯，塗爾幹，卡爾波蘭尼等人的工作重點是如何急劇的政治和經濟行爲深深印在機構成爲一個知識分子復興樞紐 - 新的制度分析。通過採用一個中等範圍的方法到理論，學者們發現，制度分析提供了一種擺脫困境的宏大理論和分析提供了一種必要的槓桿佔歷史和跨國家的變化在政治和經濟活動。當然，我們必須防止的可能性，即舊的辯論，注意力分散我們從這些經典的傳統，創造了機會，崛起的宏偉理論不再發生，破壞了制度主義的項目，已開花結果。鬆懈爭吵結構或機構是否應該感到自豪的地方享受我們的理論在宏觀層面分析，還是更適合於微觀層面的分析，可能現在就是這樣的危險。通過堅持中等範圍的理論，制度分析提供了一些方法，以避免這些缺陷。

## 肆、小結

爲描繪出新制度主義的全貌，本研究嘗試從與制度相關的不同理論與主義分別說明之，這些對制度不同的觀點，彼此相互影響，都可稱爲是新制度主義的學派，茲摘錄彙整理性選擇、組織理論及歷史制度主義三者比較表（如表 2）。

表 2-2 各種新制度主義論者的比較

	理性選擇	組織理論	歷史制度主義
利益	策略因素導致理性行動者選擇最佳的均衡	行動者不知道他們利益為何，並且由於時間與資訊的限制，導致他們依賴其他處理規則(有限理性)	行動者對於利益的解釋受到集體組織與制度的影響，並且根據其歷史背景而有差異
政治過程	需要規則來維持次序以達到公更利益；國會的投票，司法審判等都會影響結果	組織間與組織內的互動過程會形成最後的結果，就像在樂垃圾桶模式中，各種力量會形成行政的重組與政策的執行	政治過程受到以下因素而建構出來：憲政制度、國家結構、國家與利益團體的關係、政策網路以及時機的改變
規範、標準	Elsrer：要有形式上的理性手段才有實質上的理性目的 Buchanan&Tullock 經由無異議的規劃與買票行為已將效率極大化 Riker：難測的，民主必須經由相互制衡的過程加以限制	Perrow：官僚權利與有限理性的應用	Lowi：司法民主是基於強有力的國會與明白的規則，而不是特殊的結果，並且需要工共哲學才能完成
行動者角色	理性的	有限的認知	自我反思(社會文化、歷史規範)
權力來源	不斷行動的能力	依賴組織層級節制的職位	對國家的重要認知、接近決策的程度、政治代表性、與個人心理建構
制度的機制	經由規則(對規範的爭論)	經由程序、例規(隱含規範)	經由規則、目標架構、規範與觀念

資料來源：Immergut(1998) "Theoretical Core of the New Institutionalism,"

Politics&Society,26(1)：18.

許多學者認為，新制度主義絕對不是單一的研究指涉，面對學界質疑歷史制度論幾年來的發展，事實上並沒有脫離理性選擇學派「個人基礎」的分析

取向，<sup>30</sup>的回應可以看出，歷史制度論在方法論上「個人-結構」難題的尷尬地位，除非整個社會科學界在方法論上產生了重大突破，短期間不會得到解決，雖然這些歷史制度論學者將之視為一個重要的挑戰。理性選擇，強調個人主義的方法論，其理性選擇途徑的假定則認為，個人決策是基於其在不同的行動過程中，如何察覺與權衡所期望的成本與利益，且納入部分新古典經濟學理性假定，如自利、完全的資訊，以及排序的偏好等。唯其假定有其限制，如個人行動並一定會與理性選擇所解釋的相互一致，只能作為參考理論；因為我們所面臨的情境是有限的理性，昂貴的資訊，與具有不確定性及複雜的人性動機等問題。入了解制度功能對制度偏好的影響，進而影響理性自利個人或團體對各種制度功能的評估，從長期來看，這是研究制度一體的兩面。整體而言，理性選擇的制度學派有些特徵，對於人類行為，採用一套特殊的假定，認為相關的行動者有一組固定的偏好與品味，因此他們的行為就是工具性的，以極大化地滿足其偏好。視政治為一連串集體行動的組合。強調策略性的互動，以決定最後的結果，亦即行動者產生行為，不是因為非人性的歷史因素所造成，而是基於策略性的考量；而行動者亦會預期其他行動者的期望為何，而採取相對應的行動。因此制度結構中，包含了這些互動，以決定參與其中的行動者如何從交易中各取所需。發展出一套解釋制度如何產生的途徑，藉由推論的方式，以瞭解制度的特殊功能，以及制度的成就為何，行動者可透過創造制度，以取得彼此自願性地相互合作，使彼此都能在制度下受益。

組織理論認為制度等同於資訊處理的理論與分類系統，在制度中真正限制行動者的不是時間與資訊，而是有限理性的缺陷，亦即行動者受制於組織制度的標準作業程序之限制，使行動者無法表達出自己真正的偏好，而必須再透過其他機制的設計，以克服其自身先天上的限制。當新制度主義被引用於社會學之中，則開始探討為何許多現代組織所運用的制度與程序，都具有其特殊的文化經驗，其研

---

<sup>30</sup> Hall, Peter A. & Rosemary C. R. Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalisms." *Political Studies* (London), Vol.44, No.5(1996).

究重點在於解釋，為何組織具有不同特殊的制度形式、程序與符號，同時亦強調如何將這些成功的實務經驗，擴散到其他組織領域與跨國應用上。的歷史制度主義，對於制度的研究焦點放在政治、國家與社會，探討在不同國家的歷史背景之下，其彼此的關係為何，並未涉及在制度中的個人及個人的偏好，僅作為研究政治學的一項基本素材而已。唯新近的歷史制度主義，受到詮釋學對於社會科學的影響，開始轉換成集體的結構論者，應用方法論上的個人主義來分析集體行為，並與結構因素緊密結合。

## 第二節 新制度主義理論與中國醫療體系改革

中國醫療衛生體制改革的路徑選擇改革以後的中國醫療衛生服務在 2000 年世界衛生組織對成員國籌資與分配公平性評估排序中，排在倒數第 4 名，僅比巴西、緬甸、塞拉里昂稍微好一點；在衛生總體績效評估排序中，位於倒數第 48 名。民眾對醫療衛生服務怨聲載道也就不足為怪。“看病難，看病貴”問題已經成為中國政府亟待解決的一大難題。我國醫療衛生體制改革之所以形成公平與效率“雙輸”的被動局面，其根本原因在於中國政府將醫改的價值目標定位於創收。因此，新一輪醫療衛生體制改革的路徑只能從醫改的價值目標著手。一、重新審視醫療衛生體制改革的價值目標自從時任衛生部部長的錢信忠在 1979 年接受新華社記者採訪時提出“運用經濟手段管理衛生事業”以後，中國醫療衛生體制改革就逐步將價值目標定位於創收。之所以如此，主要是因為一方面中央政府試圖改變建國初期確立的醫療衛生服務體制。這一體制在確保全民較低水平的、最基本的健康的同時，也存在一些問題，如醫療衛生服務的總體技術水平不高，醫療衛生服務人員積極性和創造性高。<sup>31</sup>

力爭以優勢與新制度銜接顯然，實施基本藥物製度，江蘇省啓動藥品集中採購，

<sup>31</sup> 〈基於新制度主義視角：中國醫療衛生體制改革的路徑選〉《醫學論文網》，2011 年 3 月 19 日，<http://yixue.freesion.com/2905/4882588/2125954/>

給南京運行了 3 年多的藥房託管帶來了何去何從的問題。南京市藥房託管工作是 2006 年按照當時國家藥品購銷政策，在江蘇未實行以省為單位集中採購的背景  
下，針對醫藥購銷中不正常交易行為的需要，將醫療機構藥品採購權外移的改革  
探索。

3 年來，藥房託管取得了“防腐、惠民、增效”的明顯效果。藥房託管目前推  
行的是經營企業託管和集中託管兩類。前者利用託管企業自身利益需求，主動限  
制生產企業和代理商的臨床促銷，防腐效果突出；與醫療機構協議分成，增加了  
醫療機構的實際收益；現場兌現 10%讓利患者，受至患者的廣泛好評。後者統  
一招標進～步降低藥品價格，患者從中得到實惠；集中採購形成批量，加重了與  
藥品供應商的談判砝碼，加大了對臨床促銷利益空間的擠壓；統一結算樹立了政  
府公平公正的形象，為企業節約了資金成本；建立電子信息平台有利於各監管部  
門各司其職同時開展多重監管。兩種模式也各有不足：企業託管模式由於相同產  
品不同託管公司的採購價不同、醫療機構的銷售價格也會有所不同，全市價格難  
以統一；沒有統一的信息監管平台，不方便政府對其進行必要的監管。集中託管  
主要不足是沒有形成理想的製約機制，以有效遏制企業和代理商對醫療機構的促  
銷；由於招標降價實行的是暗補，具體到某一產品患者感覺並不明顯。<sup>32</sup>。

國家之所以是制度創新的最主要角色，一方面是國家具有規模經濟的比較優  
勢，這種優勢的極端表現就是國家具有以暴力壟斷資源配置的絕對優勢，亦即從  
另一方面而言，國家（政府）亦是在暴力方面具有比較優勢的組織，此亦可解釋  
為何政府得以，在關鍵政策上使用暴力以控制資源的可能性。North 進一步指出，  
國家具有下列三個基本特性，決定了國家成為一個「壟斷性」的制度創新角色<sup>33</sup>

新制度組織理論學派認為，組織不僅在一定的技術環境中運作，而且在一定  
的制度環境中生存。新制度組織理論學派所強調的制度環境是這樣一種環境，其

---

<sup>32</sup> 〈力爭以優勢與新制度銜接〉《醫學論文網》，2011 年 3 月 19 日，  
<http://yixue.freesion.com/2905/4882588/2125954/>

<sup>33</sup> 《North「制度論」與明清經濟中的組織、法律與文化》邱澎生，中研院史語所，2001，  
<http://www.sinica.edu.tw/~pengshan/>

特征是通過規則和規定的精心安排，其間的單個組織要想獲得環境的技術和認可，它必須服從這些規則和規定。新制度組織理論從組織的制度環境著手，以組織域為基本分析單位，通過制度同觀態概念來分析組織的同質性過程，強調組織在環境中的運作不僅要滿足技術環境的要求以實現組織的效率。由於新制度在環境的定義上擴大的跡象，從組織場域的概念來劃定外在的環境，這樣就可以非常方便的分析組織場域的環境，新制度可以分為技術環境和制度環境。組織場域中的行動者有包含國家、非營利組織、消費者、生產者、地方利益團體、生產團體、供應商與競爭者或是專業組織；技術環境就像市場的競爭環境，是一個被壟斷或是獨霸的資本主義競爭環境中，跨國公司或者是大企業都是成為建構制度環境的主要勢力；制度環境就是包含了國家的法規、法律、久而久之而成為的非正式的組織場域文化或規範或者是道德規範。<sup>34</sup>

中國大陸的醫療就可以用此來解釋，民眾不知道政策對他們的利益為何只能一昧的跟著有限的時間和資訊走，市場是以國家為主，私人的醫院收取的非用是非常的高，導致民眾看病完之後，生活的品質又要從新開始了，當然中國大陸也不希望讓國人的生活如此困苦，只是地方太大需要時間慢慢的讓整個國人的醫療品質向上的提升，國家在國際社會上才會更有競爭力。

---

<sup>34</sup>陳美智、楊開雲，2000，〈組織真是『理性』的嗎？——一個組織社會學的新制度論觀點〉，《東海社會科學學報》，第20期，頁27-59。

## 第三章 中國醫療體系改革變遷分析

20 世紀 90 年代後期以來，中國已經宣布了幾項重大的衛生部門改革舉措，包括最新的指導方針，國務院為改革中國的醫療和製藥領域。主要目標當前改革措施是：(一) 建立基本社會保險制度為城市工人；(二) 控制醫療費用上升；(三) 和提高工作效率和質量。主要策略是利用融資改革為槓桿，使關於其他方面的改革。無論是被視為一個子系統與否，醫療保險制度密切相關，無論是衛生系統，社會保障制度。新的醫療保險制度將不可避免地影響衛生部門和社會保障部門並由其他地方正在發生的事情。

中國的醫療保障制度，可概分為傳統城市醫療保障制度、城市醫療保障制度和農村合作醫療保障制度三種，本章將分三小節分述之，第一節：傳統城市醫療保障制度；第二節：中國農村醫療保障體系發展歷程；第三節：城鎮職工基本醫療保障制度。

### 第一節 傳統城市醫療保障制度

#### 壹、傳統城市醫療保險制度發展歷程

對於中國城市社會醫療保險制度來說，其發展大體上可劃分為兩個階段。第一階段自中華人民共和國成立到 1994 年，在長達 40 年時間裏，城市的醫療保險具有極濃的福利色彩，從嚴格意義上說，是不完全具有社會保障性質的無償供給的醫療保障制度。<sup>35</sup>在這期間，依據保障物件的身份不同分成兩個獨立的醫療保險系統。一是國家機關、人民團體和事業單位實行的「公費醫療制度」；另一個是國有企業職工實行的「勞保醫療制度」。其他的城市居民或由於是上述的受保物件的親屬而享受「半勞保或統籌醫療」，或是完全自費醫療，所以在城市實際

---

<sup>35</sup> < 醫療保障制度改革進程 >，《中國青年網》，2009 年 4 月 11 日，[http://zhuanti.youth.cn/2009/09yyws/ygjc/200904/t20090407\\_892158.htm](http://zhuanti.youth.cn/2009/09yyws/ygjc/200904/t20090407_892158.htm)。

實行的是二元社會醫療保險制度。

第二階段是從 1994 年後的制度創新階段，1994 年 12 月國務院在江蘇省的鎮江市和江西省的九江市率先進行醫療保險制度的改革，亦即通稱的「兩江醫改」，改革的主要內容是在一個城市內按屬地原則，將原公費醫療和勞保醫療的享受對象合併，並擴大到三資企業、個體企業一級自營職業者，共同享受統一的醫療保險政策，此一做法亦稱為「屬地統一的醫療保險制度」。<sup>36</sup>在此一醫療保險制度實施之前，由於幹部結構老化等因素，公費制度對國家財政的壓力日漸增大，不少地區曾提出改革之議。如遼寧的丹東、吉林的四平、湖北的黃石和湖南株洲四市，在 1989 年 3 月進行公費醫療社會保險改革，同時深圳市和海南省也成為社會綜合保障改革的試點。但真正有成效的，或足以引起推波助瀾效應的，應屬「兩江醫改」。在此之後，國務院在 1998 年曾召開全國城鎮職工醫療改革的會議，廣州、上海、北京等大城市也加入醫改行列。中國大陸全國上下轟轟烈烈地展開各項醫改，截至 1998 年底，中國社會醫療保險制度主要由三部分組成：全民保健制度，城市社會醫療保險制度及農村健康保險制度。中國的社會醫療保障是以全民保健為基礎，以公費和勞保醫療為主體，以合作醫療和其他形式的醫療保障為補充的多層次的社會醫療保障體系。<sup>37</sup>

其中城市社會醫療保險制度，是指對國家具有城市戶口的居民實行的醫療保障制度，包括各級政府、黨派、團體工作人員以及科教文衛、經濟建設等企業事業單位職工和高等院校的學生、殘疾軍人、現役軍人。這部分醫療保險的納保者，不及中國居民人口的 20%，根據被保險者的群體不同，又可分為公費醫療制度，勞保醫療制度及軍人免費醫療制度。國家機關及事業單位工作人員參加公費醫療，企業職工參加勞保醫療，現役軍人享受軍人免費醫療制度。<sup>38</sup>城市社會醫療保險制度實施以來，對於保障職工的身體健康、促進經濟的發展和維護社會的穩

---

<sup>36</sup> 見 1994 年體改分(1994)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〉。

<sup>37</sup> 許正中，2002，《社會醫療保險：制度選擇與管理模式》，社會科學文獻出版社，頁 2-30。

<sup>38</sup> 傅瀟雨〈我國醫療保險改革現狀的分析〉，《論文網》，2006 年 12 月 11 日，<http://www.lunwennet.com/thesis/2006/11936.html>。

定，發揮了十分重要的作用。

## 貳、傳統城市醫療保險制度之弊端

隨著中國社會經濟環境的快速發展，其現行傳統醫療保障模式的諸多弊端，愈發明顯地顯露出來，主要不足之處包括以下諸端<sup>39</sup>：

（一）、醫療費用由國家和企業包辦，對供需雙方缺乏有效的控制機制，由此引起誘導需求和過度利用醫療服務的現象，導致「小病大治長年住院，一人公費全家享用」。由相關調查報告可看出，有 54.5% 的人員認為醫療費用缺乏有效機制會造成嚴重浪費。

（二）、缺乏合理的經費籌集機制和穩定的經費來源，使職工的基本醫療得不到保障。

（三）、醫療保障的覆蓋面及社會化程度低，出現「一個病人拖垮一個廠」的現象，而部分勞動者（城鎮小集體、民企、外企及個體工商勞動者）的醫療難以保障。有約 15.6% 認為舊的醫療覆蓋面狹窄，不利於勞動人員流通，因此也不利於市場經濟體制健全。

（四）、解決了公平性的問題，但衛生資源的配置效率及衛生服務的提供效率較低。

（五）、只強調公平性和互助共濟，沒有考慮積累問題，兩代人之間的矛盾激化，現收現付制度受到挑戰。

（六）、醫療保障管理機構不健全，管理運行機制不完善。

## 第二節 中國農村醫療保障體系發展歷程

中國大陸是一個農業大國，根據中華人民共和國國家統計局全國年度統計公報 2009 年，13 億總人口中有將近 5 億以上是農民，約占世界人口的十二分之一

---

<sup>39</sup>魯元春，2000，〈站在十字路口的中國醫療保險改革〉，《北京大學校長基金論文集》，頁 1-17。

(圖 3-1)，<sup>40</sup>因此其農民的醫療保健問題，是中國大陸在著手進行醫療改革時，不得不正視的一大問題，以下茲分述其農村醫療保障體系發展歷程與問題。

圖 3-1、中華人民共和國全國人口數

項目	年底統計數(單位：萬人)	比重(%)
全國總人口數	133474	100.0
城鎮地區	62186	46.65
農村地區	71288	53.4
男性	68652	51.4
女性	64822	48.6
0-14 歲	24663	18.5
15-59 歲	92097	69.0
60 歲以上	16714	12.5
65 歲以上	11309	8.5

來源：〈中華人民共和國 2009 年國民經濟和社會發展統計公報〉，《中華人民共和國國家統計局》，2010 年 3 月 25 日，  
[http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20100225\\_402622945.htm](http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20100225_402622945.htm)。

## 壹、農村合作醫療制度的建立與發展

中國農村的合作醫療制度，最早可追溯至 40 年代抗日戰爭時期，1955 年起農村醫療合作社在陝甘等地區陸續出現。<sup>41</sup>以合作社的型態經營醫藥衛生事業，

<sup>40</sup> 〈中華人民共和國 2009 年國民經濟和社會發展統計公報〉，《中華人民共和國國家統計局》，2010 年 3 月 25 日，[http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20100225\\_402622945.htm](http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20100225_402622945.htm)。

<sup>41</sup> 〈1955-2000 年中國農村合作醫療保障制度的歷史考察〉，《論文世界》，2010 年 2 月 1 日，<http://www.lunwenworld.com/Article/shehuixue/201002/2690.html>。

可說是中國農村醫療保障制度最早的萌芽，當時的資源有限，所以城鄉有別的福利供應原則，絕大多數的農民基本上是未納入國家的社會福利體系，缺乏醫療保障的農民，遂採取自發的互助形式來解決其醫療問題，所需經費來源，由個人和社區集體共同負擔，其辦法是社員負擔保健費，合作社將部分公益金作為補貼，對在本社保健站看病的社員給予部分看病優惠。<sup>42</sup>所以當時的農民可以說是被社會排除在外的一群羔羊。

進入了 21 世紀，農民們也因為這時間而作為一個分界，跟 20 世紀相比生活水準已經有太大的提高了，但是由於政府的關係在資源分配上重點都在城鎮，所以城鄉居民的收入、衛生資源配置及社會保障水平等方面的差距都在逐漸的拉大當中，農民看病難、看病貴、因病致貧、返貧的現象是十分的突出，這樣的問題已經嚴重的威脅擴大農民健康，而且也制約了農村發展，非常明顯的解決農民醫療衛生保障這問題，這些問題已經成為尊重農民生存權的問題，更是建構社會主義和諧社會的基本需求，所以已建立新型農村醫療保障制度，成為中華人民共和國面臨的重大議題。<sup>43</sup>

從 2003 年開始，國務院發布 3 號：關於建立新型農村合作醫療制度的意見，建立新型農村合作醫療制度是新時期農村衛生工作的重要內容，對提高農民健康水平，促進農村經濟發展，維護社會穩定具有重大意義。以下就說明建立新型農村合作醫療制度的意見：

## 一、目標

所以國務院決定各省、自治區、直轄市至少要選擇 2—3 個縣(市)先行試點，取得經驗後慢慢的一步一步推開。目標是在 2010 年，能夠實現在全國建立基本覆蓋農村居民的新型農村合作醫療制度的目標，減輕農民因疾病帶來的經濟負

---

<sup>42</sup> 代圓圓、鐘素艷、劉娜，2008，〈我國農村醫療保障體系的完善與發展〉，《淮海醫藥》，第 26 卷第 5 期。

<sup>43</sup> 〈新中國成立以來我國農村合作醫療制度的發展歷程〉，《新華網》，2009 年 6 月 10 日，[http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/theory/2009-05/14/content\\_11371874.htm](http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/theory/2009-05/14/content_11371874.htm)

擔，提高農民健康水平；<sup>44</sup>對於組織方面也有明確的規定，新型農村合作醫療制度一般採取以縣(市)為單位進行統籌，條件不具備的地方，在起步階段也可以先採取鄉(鎮)為單位進行統籌，慢慢的向縣(市)統籌推進，要按照精簡、效能的原則，建立新型農村合作醫療制度管理體制，省、地級人民政府成立由衛生、財政、農業、民政、審計、扶貧等部門組成的農村合作醫療協調小組，各級衛生行政部門內部應設立專門的農村合作醫療管理機構，原則上不增加編制，<sup>45</sup>所以不增加編制的情況下對於這些公務人員要增加工作量去做這些事情可能會有些問題存在，會拖延到民眾申請時間的長短、實際輔助的情況也有所影響。

## 二、組織

縣級人民政府成立由有關部門和參加合作醫療的農民代表組成的農村合作醫療管理委員會，負責有關組織、協調、管理和指導工作。委員會下設經辦機構，負責具體業務工作，人員由縣級人民政府調劑解決。根據需要在鄉(鎮)可設立派出機構人員或委託有關機構管理，經辦機構的人員和工作經費列入同級財政預算，不得從農村合作醫療基金中提取。<sup>46</sup>按照以上說法增加工作量後沒有更多的工資可以提領，依照組織理論的說法是無法讓效率增加的，但因此也揭開了新型農村合作醫療制度的序幕，讓農民有更好的保障。

## 三、資金籌措

當然有了目標與組織之後再來就是要說明籌資標準，新型農村合作醫療制度實行個人繳費、集體扶持和政府資助相結合的籌資機制。農民個人每年的繳費標準不應低於 10 元，經濟條件好的地區可相應提高繳費標準。鄉鎮企業職工(不含以農民家庭為單位參加新型農村合作醫療的人員)是否參加新型農村合作醫療由縣級人民政府確定。雖然鄉鎮企業職工也可以參加新型農村合作醫療是由縣級人

---

<sup>44</sup> <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意見的通知>，《中華人民共和國中央人民政府》，2009 年 12 月 1 日。

[http://www.gov.cn/zwjk/2005-08/12/content\\_21850.htm](http://www.gov.cn/zwjk/2005-08/12/content_21850.htm)。

<sup>45</sup> 同上註

<sup>46</sup> 同上註

民政府決定這也是有關於組織的問題，所以新型農村合作醫療的待遇比職工醫療保障好，就可過渡利用關係到縣級人民政府讓民眾保新型農村合作醫療，這樣對於農民的保障以及農村的發展有無法提升的影響。

有條件的鄉村集體經濟組織應對本地新型農村合作醫療制度給予適當扶持，扶持新型農村合作醫療的鄉村集體經濟組織類型、出資標準由縣級人民政府確定，但集體出資部分不得向農民出資。鼓勵社會團體和個人資助新型農村合作醫療制度。地方財政每年對參加新型農村合作醫療農民的資助不低於人均 10 元，具體補助標準和分級負擔比例由省級人民政府確定。經濟較發達的東部地區，地方各級財政可適當增加投入。從 2003 年起，中央財政每年通過專項轉移支付對中西部地區除市區以外的參加新型農村合作醫療的農民按人均 10 元安排補助資金。<sup>47</sup>在於資金的籌措部分，要扶持農民資金的問題是由社會團體和個人資助幫助出資也是有很大的問題點在，有社會團體幫忙出資農民在醫療方面可以過的好，但是社會團體出問題時農民是否該醫療的卻無法醫療那保障何在，這也是很嚴重的問題。

#### 四、資金管理

農村合作醫療基金是由農民自願繳納、集體扶持、政府資助的民辦公助社會性資金，要按照以收定支、收支平衡和公開、公平、公正的原則進行管理，必須專款專用，專戶儲存，不得擠占挪用。<sup>48</sup> 本研究發現在於資金籌措的部分有說明了不得向農民出資，只能向社會團體或者個人去集資，但是在這資金管理上面又有個名目要農民自願繳納醫療基金，在組織理論這樣的制度一般人也不會有想去繳納的想法，這又是個問題點了。

(一)、農村合作醫療基金由農村合作醫療管理委員會及其經辦機構進行管理。農村合作醫療經辦機構應在管理委員會認定的國有商業銀行設立農村合作醫療

---

<sup>47</sup> 同註 5

<sup>48</sup> 同註 5

基金專用賬戶，確保基金的安全和完整，並建立健全農村合作醫療基金管理的規章制度，按照規定合理籌集、及時審核支付農村合作醫療基金。<sup>49</sup> 這是一定要把籌措好的資金存在有保障的銀行裡，對於大至國家小至農民都有更好的保障與服務。

(二)、農村合作醫療基金中農民個人繳費及鄉村集體經濟組織的扶持資金，原則上按年由農村合作醫療經辦機構在鄉(鎮)設立的派出機構人員或委託有關機構收繳，存入農村合作醫療基金專用賬戶；地方財政支持資金，由地方各級財政部門根據參加新型農村合作醫療的實際人數，劃撥到農村合作醫療基金專用賬戶；中央財政補助中西部地區新型農村合作醫療的專項資金，由財政部根據各地區參加新型農村合作醫療的實際人數和資金到位等情況核定，向省級財政劃撥。中央和地方各級財政要確保補助資金及時、全額撥付到農村合作醫療基金專用賬戶，並通過新型農村合作醫療試點逐步完善補助資金的劃撥辦法，盡可能簡化程序，易於操作。要結合財政國庫管理制度改革和完善情況，逐步實現財政直接支付。關於新型農村合作醫療資金具體補助辦法，由財政部有關部門研究制定。<sup>50</sup> 只有農村合作醫療基金專用賬戶卻無個人的醫療基金專用賬戶，卻還要農民自願繳納醫療基金，這是不合理的行爲，也會導致這政策有些阻礙。

## 五、醫療服務管理

加強農村衛生服務網絡建設，強化對農村醫療衛生機構的行業管理，積極推進農村醫療衛生體制改革，不斷提高醫療衛生服務能力和水平，使農民得到較好的醫療服務。各地區要根據情況，在農村衛生機構中擇優選擇農村合作醫療的服務機構，並加強監管力度，實行動態管理。要完善並落實各種診療規範和管理制度，保證服務質量，提高服務效率，控制醫療費用。<sup>51</sup> 這是非常好的目標，但是目標往往受限於組織裡面人與人之間的相處的關係，上層與下層的問題、命令之

---

<sup>49</sup> 同註 5

<sup>50</sup> 同註 5

<sup>51</sup> 同註 5

間傳達的問題、是否真的能理解上層命令真正的意義，這些也關係著整個政策的推動。

## 六、組織實施

(一)省級人民政府要製訂新型農村合作醫療制度的管理辦法，本著農民參保積極性較高，財政承受能力較強，管理基礎較好的原則選擇試點縣(市)，積極、穩健地開展新型農村合作醫療試點工作，試點工作的重點是探索新型農村合作醫療管理體制、籌資機制和運行機制。縣級人民政府要製定具體方案，各級相關部門在同級人民政府統一領導下組織實施。<sup>52</sup>

(二)要切實加強對新型農村合作醫療的宣傳教育，採取多種形式向農民宣傳新型農村合作醫療的重要意義和當地的具體做法，引導農民不斷增強自我保健和互助共濟意識，動員廣大農民自願、積極參加新型農村合作醫療。農民參加合作醫療所履行的繳費義務，不能視為增加農民負擔。<sup>53</sup> 中華人民共和國中央人民政府在對於宣導衛生教育的確需要加強，讓國民的衛生教育知識有所提高，這樣國民的小者對於衛生環境會更好，大者甚至於整個醫療浪費情況也會有所趨緩，黨也是非常重要的課題。

建立新型農村合作醫療制度是幫助農民抵禦重大疾病風險的有效途徑，是推進農村衛生改革與發展的重要舉措，政策性強，任務艱鉅。各地區、各有關部門要高度重視，加強領導，落實政策措施，抓好試點，總結經驗，積極穩妥地做好這項工作。<sup>54</sup>組織是否可以完全配合這艱鉅任務才是真正要思考的問題，這個變異數應該是要花更多時間金錢去貫穿整個改革，才可以讓新型農村合作醫療制度幫助更多的需要的人。

之後在 2005 年實行「萬名醫師支援農村衛生工程」；2006 年中央財政投入

---

<sup>52</sup> 同註 5

<sup>53</sup> 同註 5

<sup>54</sup> 同註 5

6,900 萬元，用於支持西部省份二級以上醫療機構支援農村醫療機構計畫<sup>55</sup>；2007 年全國衛生工作會議提出「農村衛生服務體系建設與發展規劃」，規劃投資額高達 2168 億元，此為中國有史以來投資金額最高、涵蓋範圍最大的一項農村衛生建設計畫其主要內涵係以政府主導、社會參與及加強監管為原則，以建立由政府提供，民眾僅需負擔成本費用基本醫療服務的健康保障制度，此一計畫亦獲 2007 年 3 月國務院納入「衛生事業發展『十一五』規劃綱要」之中，做為中國新一波農村醫改的主要政策框架<sup>56</sup>，十七大把“人人享有基本醫療衛生服務”確立為全面建設小康社會的重要目標之一，為中華人民共和國農村醫療衛生事業的發展指明了方向。<sup>57</sup>從 2008 年開始，各級財政對參合農民的補助標準提高到每人每年 80 元，其中中央財政對中西部地區參合農民按 40 元給予補助，並對東部省份按照一定比例給予補助，計劃單列市和農業人口低於 50% 的市轄區也全部納入中央財政補助範圍；地方財政也要相應提高補助標準，確有困難的地區可分兩年到位。地方增加的資金，應以省級財政承擔為主，盡量減少困難縣（市、區）的負擔。農民個人繳費由每人每年 10 元增加到 20 元，困難地區也可以分兩年到位。<sup>58</sup>中華人民共和國中央人民政府有在加緊腳步讓農村發展能夠更快，因為七大也把農村醫療衛生事業加了進去可見這是如何的重要，農村醫療可望有更好的醫療環境。

2009 年，全面落實政府對新農合和城鎮居民醫保人均每年 80 元補助，由衛生部、人力資源社會保障部分別負責，新型農村合作醫療參保率穩定在 90% 以上，30% 的統籌地區開展城鎮居民醫保門診費用統籌試點，三分之一的統籌地區新農合門診費用統籌得到鞏固完善，農村居民試點建檔率達到 5%，啟動 35-59

---

<sup>55</sup> 高廣穎，2008〈鞏固和發展具有中國特色的新型農村合作醫療保障制度〉，《中國醫療衛生發展報告 NO.4》，社會科學文獻出版社，北京，頁 118-131。

<sup>56</sup> 〈十一五農村衛生建設總投資超過 300 億元〉，《中華人民共和國中央人民政府》，2007 年 2 月 11 日，[http://www.gov.cn/jrzg/2007-01/09/content\\_490370.htm](http://www.gov.cn/jrzg/2007-01/09/content_490370.htm)。

<sup>57</sup> 同註 4

<sup>58</sup> 〈衛生部、財政部印發關於做好 2008 年新型農村合作醫療工作的通知〉，《中華人民共和國衛生部》，2008 年 11 月 20 日，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohncwsgls/s3581/200804/31097.htm>。

歲農村婦女常見病檢查項目，完成宮頸癌檢查 200 萬人，乳腺癌檢查 40 萬人；對全國農村約 1180 萬名生育婦女補服葉酸和住院分娩給予補助。<sup>59</sup>這些都是由「醫藥衛生體制五項重點改革 2009 年工作安排」所制定的，要在 3 年內達到的目標，這些目標確實可對於農民醫療有很大的幫助，至少對於農民補助原本的 2003 年 10 元提升到 2009 年的 80 元了，由此就可看出對於農民的生活有些改善，但是這些都只是目標，如能實地的去訪談就能了解組織與組織間是否真的如同數據上是否符合現況，也能了解到有沒有出問題了，之後還制定了「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」這個通知是爲了能確實推動改革，加強督促檢查，讓下層組織更了解如何推動改革。<sup>60</sup>

2010 年衛生部下發〈關於推進鄉村衛生服務一體化管理的意見〉。明確提出，在鄉村一體化管理中，鄉鎮衛生院受縣級衛生行政部門委託，負責履行本轄區內衛生管理職責，在向農民提供公共衛生服務和常見病、多發病的診療等綜合服務的同時，承擔對村衛生室的管理和指導職能；村衛生室承擔行政村的公共衛生服務及一般疾病的初級診治工作。鄉村一體化管理包括六個方面的主要內容：

（一）、是加強機構的設置規劃與建設，每個鄉鎮至少要有一所政府舉辦的衛生院，原則上每個行政村應有一所村衛生室。

（二）、是加強人員的准入與執業管理。鄉鎮衛生院和村衛生室人員實行聘用制，建立能進能出的人力資源管理制度。

（三）、是加強業務管理。鄉鎮衛生院和村衛生室要按照要求，爲農村居民提供規範的國家基本公共衛生服務，協助專業機構落實重大公共衛生項目。鄉鎮衛生院和村衛生室要轉變服務模式，加強對農村居民的健康管理。

（四）、是加強藥械管理。按照統一部署，逐步實施國家基本藥物製度。禁止鄉鎮衛生院和村衛生室從非法渠道購進藥品。

---

<sup>59</sup> 〈國務院辦公廳關於印發醫藥衛生體制五項重點改革 2009 年工作安排的通告〉，《中華人民共和國中央人民政府》，2009 年 8 月 1 日，

[http://big5.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/zwgk/2009-07/23/content\\_1372946.htm](http://big5.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/zwgk/2009-07/23/content_1372946.htm)。

<sup>60</sup> 同上註

(五)、是加強財務管理。鄉鎮衛生院和村衛生室應當嚴格執行國家規定的財務會計製度，規範會計核算和財務管理。

(六)、是加強績效考核。鄉鎮衛生院在縣級衛生行政部門的統一組織下，做好對村衛生室的考核工作。對鄉鎮衛生院和村衛生室的考核結果作為補助經費的發放依據。<sup>61</sup>其實由 2003 至今都是為了建立新型農村合作醫療制度而努力，中華人民共和國中央人民政府自從 2003 之後發的文都是為了能讓下層組織能夠更瞭解組織實際上要傳達改革的狀況，能更精準的針對改革方案去執行，讓組織與組織間變異值越來越小，使改革腳步加快，國家才能更快的進步，可是本研究發現中央政府和衛生部，常常在加強督促、確實推動農村改革，這可能是由於下層組織無法精確執行上層所交付的任務所導致要一直叮嚀，這種狀況會發生讓改革進度落後，使得國家無法順利進步的窘境，如果能夠加強組織與組織間的關係應該可改善改革的實況。

## 貳、農村醫療保障體制改革現況

新型農村合作醫療制度的試點工作在全國各地陸續展開。據統計，截至 2004 年 10 月，全國已有 30 個省、自治區、直轄市在 310 個縣（市）開展了新型農村合作醫療試點，覆蓋農業人口 9504 萬人，實際參加新型合作醫療農民 6899 萬人，參合率為 72.6%。全國共籌集資金 30.21 億元，其中，各級財政補助 15.01 億元，農民個人繳費 10.88 億元，集體和社會贊助 4.32 億元。截至 2004 年 6 月，已有 4194 萬人次的醫藥費用得到報銷，報銷金額 13.94 億元，佔籌資總額的 46.14%，其中，住院醫藥費用平均有 27.25% 得到報銷。<sup>62</sup>

截至 2005 年底，全國開展新型農村合作醫療試點縣（市、區）已有 678 個縣，佔全國縣（市、區）總數的 23.7%，覆蓋農業人口 2.36 億，參加新農合的農

---

<sup>61</sup> <農村衛生工作簡訊（2010 年第 5 期）>，《中華人民共和國衛生部》，2010 年 5 月 30 日，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohncwsgls/s7880/201005/47513.htm>

<sup>62</sup> 同註 4

民達到 1.79 億人，參合率達到了 73%，累計籌資 115.48 億元。<sup>63</sup>

2005 年 8 月，國務院總理溫家寶主持召開國務院常務會議，專題研究農村合作醫療經費補助問題，提出要進一步加大中央和地方財政支持力度，2006 年將試點的縣（市、區）由佔全國的 21% 擴大到 40% 左右，中央財政對參加合作醫療農民的補助標準在原有每人每年 10 元的基礎上再增加 10 元，同時將中西部地區農業人口佔多數的市轄區和東部地區部分參加試點的困難縣（市），納入中央財政補助範圍。地方財政要相應增加補助。不提高農民的繳費標準，不增加農民負擔。<sup>64</sup>

至 2006 年 6 月 30 日，全國開展新農合試點的縣（市、區）達到 1399 個，佔全國總縣（市、區）的 48.88%，覆蓋農業人口 4.95 億，佔全國農業人口的 55.84%；參加合作醫療的人口 3.96 億，佔全國農業人口的 44.72%，參合率達到了 80.10%。<sup>65</sup>

到 2007 年底，全國開展新型農村合作醫療的縣（市、區）已達 2451 個，佔全國總數的 86%，東部地區覆蓋全體農民，中西部地區覆蓋 85%。全國參加新農合的農民達到 7.3 億人，參合率為 86%。新型農村合作醫療管理水平不斷改進，制度運行進一步規範，中央和地方財政補助標準不斷提高，統籌補償模式逐步完善，累計補償資金 591 億元<sup>66</sup>

2008 年 3 月底，全國已經開展新農合的縣（市、區）數達 2679 個，占有比率（有農業人口）縣（市、區）數的 98.17%，佔全國總縣（市、區）數的 93.57%。參加合作醫療人口 8 億，參合率為 91.05%。<sup>67</sup>其中，東部地區有 625 個縣（市、區）開展新農合，參合人口 2.38 億，參合率為 95.7%；中西部地區有 2104 個縣

---

<sup>63</sup> <國家與社會視野中的“新農合”制度建設>，《中國甘肅網》，2008 年 8 月 8 日，[http://special.gscn.com.cn/html/llcg/91\\_858.html](http://special.gscn.com.cn/html/llcg/91_858.html)。

<sup>64</sup> 同註 4

<sup>65</sup> <張振忠教授：醫療救助與“新農合”如何實現無縫銜接>，《中華人民共和國民政部》，2008 年 9 月 28 日，<http://dbs.mca.gov.cn/article/csyjz/llyj/200712/20071200005884.shtml>。

<sup>66</sup> <決定解讀：怎樣鞏固和發展新型農村合作醫療制度>，《中華人民共和國中央人民政府》，2009 年 3 月 18 日，[http://www.gov.cn/jrzg/2009-01/03/content\\_1194517.htm](http://www.gov.cn/jrzg/2009-01/03/content_1194517.htm)。

<sup>67</sup> <衛生部介紹災區醫療衛生防疫和全國新農合工作>，《中華人民共和國中央人民政府》，2009 年 2 月 3 日，[http://www.gov.cn/xwfb/2008-07/10/content\\_1041702\\_2.htm](http://www.gov.cn/xwfb/2008-07/10/content_1041702_2.htm)。

(市、區)開展新農合，參合人口 5.77 億，參合率為 89.9%。從籌資情況看，截至 2008 年 9 月 30 日，全國新農合本年度已籌資 710.02 億元，其中，中央財政補助資金 246.09 億元，地方財政補助資金 340.77 億元，農民個人繳費 118.31 億元(含相關部門為救助對象參合繳費 5.11 億元)，利息收入及其它收入 4.85 億元。中西部地區本年度已籌資 489.24 億元，其中，中央財政補助資金 223.12 億元，地方財政補助資金 198.07 億元，農民個人繳費 65.65 億元(含相關部門為救助對象參合繳費 3.17 億元)，利息及其它收入 2.40 億元。<sup>68</sup>

新型農村合作醫療制度進一步完善，2009 年參合人數又有新的增加。2716 個縣(市、區)開展了新型農村合作醫療工作，新型農村合作醫療參加人數達到 8.33 億人，參合率 94.0%。新農合籌資水平全面提高到每人每年 100 元左右，中央財政撥付新農合補助資金 274.6 億元。參合農民住院費用補償比例進一步提高，全國 1/3 的地區開展了門診統籌試點。<sup>69</sup>2009 年新農合籌資總額達 944.35 億元，其中中央財政補助資金 269.62 億元，地方財政補助資金 471.98 億元，農民個人繳費 194.17 億元(含相關部門為救助對象參合繳費 9.17 億元)，利息收入及其它 8.58 億元。全國實際人均籌資水平為 113.37 元，比 2008 年提高了 17.12 元。

70

2009 年全國參合農民受益 7.59 億人次。其中，住院補償 0.62 億人次，門診補償 6.7 億人次，特殊病種大額門診補償 0.05 億人次。統籌基金最高支付限額提高到當地農民人均純收入的 6 倍左右，初步統計政策範圍內住院費用報銷比例已達到 55%。<sup>71</sup>

新農合基金支出總額為 922.92 億元，基金使用率為 97.73%。其中，住院補

---

<sup>68</sup> <截至 9 月底全國 8.14 億人參加新農合籌資 710.02 億>，《中國網》，2009 年 1 月 20 日，[http://www.china.com.cn/news/2008-12/10/content\\_16925862.htm](http://www.china.com.cn/news/2008-12/10/content_16925862.htm)。

<sup>69</sup> <16.完善社會保障體系取得哪些新進展？>，《中華人民共和國中央人民政府》，2010 年 3 月 25 日，[http://www.gov.cn/2010lh/content\\_1559782.htm](http://www.gov.cn/2010lh/content_1559782.htm)。

<sup>70</sup> <2009 年全國新農合實際人均籌資 113 元參合農民 7.59 億人次受益>，《中華人民共和國衛生部》，2010 年 4 月 3 日，<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s3582/201003/46239.htm>。

<sup>71</sup> 同上註

償支出 762.47 億元，門診補償支出 121.81 億元，特殊病種大額門診補償支出 11.90 億元，部分地區出現超支情況。<sup>72</sup>

圖 3-2

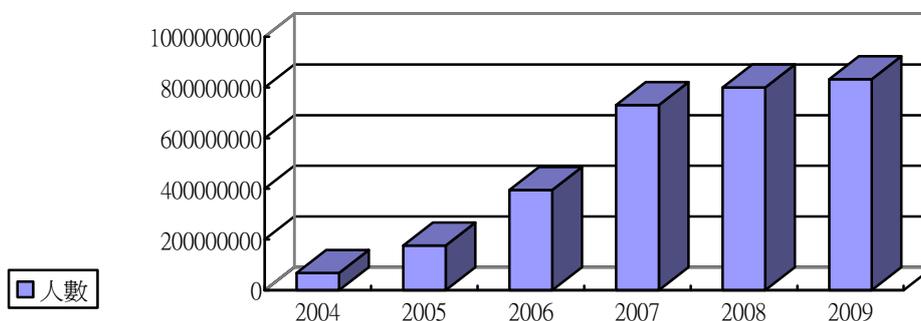
全國縣市參加新型農村合作醫療人數

年份	縣市	新型農村合作醫療參加人數 (億)	新型農村合作醫療參加人數比率 (%)
2004	310	0.68	72.2
2005	678	1.76	73
2006	1399	3.96	8.10
2007	2451	7.3	86
2008	2679	8	91.05
2009	2716	8.33	94.0

資料來源：自行整理繪製

圖 3-3

每年參加新型農村合作醫療人數圖



資料來源：自行整理繪製

<sup>72</sup> <衛生部通報 2009 年全國近 8 億人次農民受益新農合>，《中華人民共和中央人民政府》，2010 年 4 月 3 日，[http://big5.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/jrzg/2010-03/09/content\\_1551740.htm](http://big5.gov.cn/gate/big5/www.gov.cn/jrzg/2010-03/09/content_1551740.htm)。

由圖 3-2 看來 2006 年至 2007 年一下子增加了快 1 千個縣市的試點，所以圖三看起來 2006 年至 2007 年人數差距才會這麼大，馬上就可以了解到 2007 年是發展最快的一年讓許多農民在這年的醫療有更多人得到保障，根據歷年這些數據看來，建立的新型農村合作醫療政策，依照數據看來是有緩解了農民因病致貧、因病返貧的問題，農村已經有了基礎醫療制度的建立，再來只需要讓農村居民多一點衛生教育的觀念，這樣就可以使的推展新政策得以加快腳步。

### 第三節 城鎮職工基本醫療保障制度

新中國成立後相繼創建了勞保醫療和公費醫療兩種城鎮職工醫療保障制度，它們為保障人民群眾的身體健康、促進經濟發展和維護社會穩定發揮了積極作用。改革開放後，城鎮職工醫療保障制度在改革試驗中，逐步以城鎮職工基本醫療保險制度取代勞保醫療和公費醫療，實現了制度創新。改變城鎮職工醫療保障制度的發展脈絡。<sup>73</sup>

#### 壹、城鎮職工基本醫療保障制度之特點

根據新華網北京 2011 年 4 月 7 日電（記者周婷玉、江國成）7 日發布的《醫藥衛生體制改革近期重點實施方案（2009—2011 年）》，三年內中華人民共和國基本醫療保障制度將覆蓋城鄉全體居民。《實施方案》明確，三年內，城鎮職工基本醫療保險、城鎮居民基本醫療保險和新型農村合作醫療覆蓋城鄉全體居民，參保率均提高到 90% 以上。

國務院發展研究中心社會發展部部長葛延風說，擴大參保覆蓋率是提高群眾就醫支付能力，解決群眾“看病貴”的重要措施。

---

<sup>73</sup> <新中國城鎮職工醫療保障制度的歷史考察>，《新華網》，2010 年 6 月 25 日，[http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/theory/2010-05/17/c\\_12101692.htm](http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/theory/2010-05/17/c_12101692.htm)。

城鎮職工基本醫療保險、城鎮居民基本醫療保險和新型農村合作醫療是三項具有社會保險性質的基本醫療保障制度。目前已分別覆蓋 2 億多城鎮職工、1 億多城鎮居民和 8 億多農村居民。衛生部部長陳竺說建立健全基本醫療保障制度對於城鄉居民能夠公平地獲得基本醫療服務，解決因病致貧、因病返貧問題具有重要意義。為實現“覆蓋全民”，《實施方案》還致力於消除醫保網的“縫隙”。明確要用兩年左右時間，將關閉破產企業退休人員和困難企業職工納入城鎮職工醫保，確有困難的，經省級人民政府批准後，參加城鎮居民醫保。積極推进城鎮非公有製經濟組織從業人員、靈活就業人員和農民工參加城鎮職工醫保。《實施方案》還指出，2009 年全面推開城鎮居民醫保制度，將在校大學生全部納入城鎮居民醫保範圍。靈活就業人員自願選擇參加城鎮職工醫保或城鎮居民醫保。參加城鎮職工醫保有困難的農民工，可以自願選擇參加城鎮居民醫保或戶籍所在地的新農合。

與此同時，中華人民共和國還將進一步完善城鄉醫療救助制度。有效使用救助資金，資助城鄉低保家庭成員、五保戶參加城鎮居民醫保或新農合，逐步提高對經濟困難家庭成員自負醫療費用的補助標準。

在擴大基本醫療保障覆蓋面的同時，中華人民共和國還將提高基本醫療保障水平。《實施方案》明確，2010 年，各級財政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。城鎮職工醫保、城鎮居民醫保和新農合對政策範圍內的住院費用報銷比例逐步提高。逐步擴大和提高門診費用報銷範圍和比例。將城鎮職工醫保、城鎮居民醫保最高支付限額分別提高到當地職工年平均工資和居民可支配收入的 6 倍左右，新農合最高支付限額提高到當地農民年人均純收入的 6 倍以上。<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> <三年內我國基本醫療保障制度將覆蓋全民>，《中央電視台》，2009 年 11 月 25 日，<http://news.cctv.com/china/20090408/100638.shtml>

## 貳、城鎮職工基本醫療保障制度的現況

1995年初，江西九江和江蘇省鎮江中試點城市的改革正式開始使用的個人儲蓄的組合帳戶和社會風險分擔的資金來資助醫療費用。這些改革解決這一問題的不足，通過風險分擔改革的回車獎金自保險全市範圍內的風險發生巨額開支。前一個人可以進入社會風險分擔基金，不過，他或她必須先支付免賠額從第一層的個人醫療儲蓄帳戶和第二層直接抵扣等於5%的年收入。個別儲蓄帳戶和可抵扣的金額5%的年收入是用來的意圖，增加個人消費者的成本意識時荷蘭衛生保健。社會風險的新系統借鑒社會保險的優勢分散風險的災難性醫療前。這個制度結合了個人責任與社會保障通過全市範圍的風險共擔。1996年12月，中國舉行了第一次全國衛生工作會議制定主要的健康政策在未來的十年。具有里程碑意義的決定政策方向，1997年的形式，是1月15日正式宣布，決策研究衛生改革與發展委員會，由中央黨和國家會。其中四十重大決策中所載，下列主要措施是緊密相關的指導原則保險改革：建立有效的機制，控制醫療保健的需求和供應；

積極尋求科學和適當的方法來控制過度付款醫療費用增長，逐步擴大覆蓋範圍的所有城鎮職工。

在2010年12月22日共45.73萬外來工作人員加入了中國的城鎮職工基本醫療保險制度，國家最高經濟規劃，國家發展和改革委員會（發改委）週三在一份報告中說。在醫療保險制度已覆蓋城鎮4.24億中國居民的十月末，國家發改委主任張平說，報告中關於醫療改革。在醫療保險制度已覆蓋城鎮4.24億中國居民的十月末，報告中關於醫療改革。

第18屆會議常設委員會第十一屆全國人民代表大會（人大），雙月刊會話12月20日開始，將12月25日結束。第18屆會議常設委員會第十一屆全國人民代表大會（人大），雙月刊會話12月20日開始，將12月25日結束。

中國通過改革開放政策在1978年。農民大規模遷移到城市工作始於1992年中國家的市場經濟的驅動器。移民的數量從60萬猛增至120億，1992年2003年和

2009 年的 2.2 億，根據官方的統計數字。約有 8.35 億農村中，約百分之九十的農村人口加入了新型農村合作醫療制度（新農合），一個醫療保險計劃為村民，由十月末。中央財政已投入 509.0 億元（7.6 億美元）進入醫療保險制度，覆蓋 600 萬退休人員，從破產的國有企業。

大學生們還涵蓋了城鎮醫療保險制度，根據醫療保險制度，政府在城市和農村地區，今年支付不低於 120 元每人每年的補貼，大約有百分之 60 至 75 的住院醫療費用會報銷。根據醫療保險制度，政府在城市和農村地區，今年支付不低於 120 元每人每年的補貼，大約有百分之 60 至 75 的住院醫療費用會報銷。多虧了政府的衛生保健改革，百分之 51 的一些農村中的醫療診所和鄉鎮小城鎮社區提供基本藥物價格低廉。中國花了 4439.00 億元，今年對衛生保健，大部分用於促進它的制度改革。小病的治療已日益納入醫療保險制度。小病的治療已日益納入醫療保險制。為了支付醫療費用的便利，政府正在推動使用一卡制度，這有助於病人得到盡快償還。<sup>75</sup>

按照醫藥衛生體制改革的總體部署，全面推開城鎮居民基本醫療保險制度，提前一年從制度上實現對城鎮居民的全面覆蓋。到 2009 年底，參加城鎮職工基本醫療保險人數 21961 萬人，參加城鎮居民基本醫療保險人數 18100 萬人。中央財政安排 429 億元專項補助資金，將各地關閉破產國有企業退休人員全部納入職工醫保，並統籌解決其他各類城鎮人員醫療保障問題。<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> <Over 45 million migrant workers join China's urban workers' medical insurance system: NDRC report>，《News》，2010 年 12 月 25 日，  
[http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2010-12/22/c\\_13660480.htm](http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2010-12/22/c_13660480.htm)。

<sup>76</sup> <16.完善社會保障體系取得哪些新進展？>，《中華人民共和國中央人民政府》，2010 年 3 月 25 日，[http://www.gov.cn/2010lh/content\\_1559782.htm](http://www.gov.cn/2010lh/content_1559782.htm)。

## 第四章 中國醫療體系改革實務檢驗

中國國務院頒布了實施計劃近期重點衛生保健制度改革（2009-2011年）（以下簡稱實施方案）4月7日明確表示，根據各國的意見中共中央委員會和國務院關於深化醫藥衛生體制改革（以下簡稱“意見”），五個重大改革方案應重點進行了2009年至2011年：

1. 以加快建立基本醫療保險制度：更多的人將被包括在基本醫療保險，其水平將得到改善。首先，一個系統，以確保基本醫療服務將得到發展。基本醫療保險的城鎮職工，城鎮居民和新型農村合作醫療制度將覆蓋農村居民90%以上的合資格人士在三年內。大學生將被納入醫療保險，城鎮居民今年。退休人員從破產或財務困難的公司職員也將被納入基本醫療保險的城鎮職工在大約兩年。政府補貼基本醫療保險的非城鎮居民和新型農村合作醫療制度將提高到120元每人每年，和保險費支付個人應適當增加。

2. 初步建立國家基本藥物制度：中國制定的目錄和指導價格為國家基本藥物零售今年年初。基本藥物將被分發到所有國有社區基層醫療衛生機構。基本藥物的比率使用在醫療衛生機構將不同層次的衛生部門規定。所有基本藥物將被列入基本藥物目錄報銷醫療保險，而報銷比例明顯高於非基本藥物。

3. 提高社區基層醫療衛生保健服務體系：在基層完善醫療服務體系建造社區基層醫療衛生機構，培訓的基層醫療及護理工作人員，以及償還機制，基層醫療衛生機構將得到加強和改善，運行機制的基層醫療衛生機構將被轉化為良好。

4. 逐步推進均等化的基本公共衛生服務：促進逐步均等化的基本公共衛生服務基本公共衛生服務將覆蓋城鄉居民，項目主要公共衛生服務將會增加，水平基本公共衛生服務得到改善，以及必要的經營成本，基本公共衛生服務得到保障。居民健康檔案將逐步建立全國。健康檢查65歲以上的高齡以及3歲以下嬰幼兒和兒童將進行定期。

5 推進公立醫院試點改革：試點項目推進公立醫院改革，在管理體制，運行機制和監督機制，公立醫院的補貼將進行改革，以促進形成一個多元化的管理模式醫療機構。公立醫院將開始試點計劃，並付諸實踐於 2011 年。<sup>77</sup>

國務院正式頒布的意見，承認中共中央，國務院關於深化醫藥衛生體制改革（最終版）（以下簡稱“意見”）後，於 4 月 6 日五個月徵求公眾意見和修訂。8500 億元將投資支持五項改革在未來 3 年。實施意見丟棄過不斷加大資金投入，維護社會公平和正義。“意見”首先提出的基本醫療衛生機構將提供給所有人民的公共產品。到 2011 年，所有城市和農村居民已涵蓋本系統，問題和不足，過於昂貴的醫療服務，為老百姓將得到解決大增。“意見”共分為六個部分，超過 1,3000 個字符。公司遵循的原則，服務人民，保障他們的健康，目的是確保每個人都能享受基本衛生保健和醫療服務的公共福利。“意見”提出要促進逐步均等化的基本公共衛生服務。該項目基本公共衛生服務將被定義和內容服務的規定。從 2009 年起，基本醫療保健服務，包括疾病預防與控制，婦幼保健，健康教育等，將逐步提供給農村和城鎮居民。國家級主要的保健服務將有效預防和控制疾病和其他危險臨界健康，進一步提高能力，突發公共衛生事件。到 2011 年，基本醫療保險制度將覆蓋所有的農村和城鎮居民的基本藥物制度將逐步建立，試點公立醫院得分突破，使可訪問的服務質量的基本醫療服務明顯改善，而治療費用有效降低，從而緩解並最終解決問題的不足，過於昂貴的醫療服務。<sup>78</sup>

中國的醫療消費市場的總值，至 2005 年已達到 6,400 億元人民幣，預估五至十年內，其平均年增長率將達 14%，中國醫療消費佔 GDP 的比重，將由目前的 4.5% 上升至 8-10%。隨著中國加入 WTO，開放外資投入中國醫療市場後，中國醫療市場將出現國有、民營及外資並存的局面，中國醫療體系將面臨更大的市場機制，而原有公立醫療機構亦將面臨市場衝擊的嚴峻考驗。本章將分三節分述

---

<sup>77</sup> <重要公告>，《湖南省政府》，2011 年 3 月 28 日，  
[http://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?hl=zh-TW&langpair=en%7Czh-TW&u=http://www.hunan.gov.cn/&url=translate.google.com.tw&usg=ALkJrhiupTUH6nHyMKn6PiRv6XOHqKqg5Q](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=zh-TW&langpair=en%7Czh-TW&u=http://www.hunan.gov.cn/&url=translate.google.com.tw&usg=ALkJrhiupTUH6nHyMKn6PiRv6XOHqKqg5Q)。

<sup>78</sup> <Health care reform>，《News Review》，2011 年 4 月 1 日，  
<http://enghunan.gov.cn/SP/MedicalReform/index.html>。

中國醫療改革實務檢驗之結果，包括第一節：中國醫療保險制度；第二節：中國醫療服務體系；第三節：中國藥品銷售體制。

## 第一節 中國醫療保險制度實務檢驗

根據 2007 年社會藍皮書《2007 年：中國社會形勢分析與預測》由中國社會科學院發布，調查顯示，根據城鄉居民的看法，目前“看病難、看病貴”，“就業失業問題”和“收入差距過大、貧富分化”是最突出的三大社會問題。此次調查覆蓋全國 28 個省（市、自治區）130 個縣（市、區），260 個鄉（鎮、街道），520 個村（居委會），訪問住戶 7140 余戶。在調查的 17 個社會問題中，根據城鄉居民的看法，排在第一至第三位的社會問題依次為“看病難、看病貴”，“就業失業問題”和“收入差距過大、貧富分化問題”，排在第四至第六位的是“貪污腐敗問題”、“養老保障問題”與“教育收費問題”。在以往的調查中，就業失業、收入差距、貪污腐敗、社會保障通常是排在前四位的社會問題。“看病難、看病貴”被排在第一位，這是第一次。<sup>79</sup>

中國人民 80% 的農村居民，50% 的城鎮居民沒有醫療保障，與此同時，全國醫療費用的增長幅度已經大大超過了居民收入的增長水平，低收入群體的醫療費用負擔較重。

據中國衛生部對不同人群的醫療費用負擔情況統計表明，2003 年，我國城市的最低收入群體人均收入為 946 元，人均衛生支出有 102 元，佔收入的 10%，農村最低收入群體人均收入為 333 元，人均衛生支出竟有 89 元，佔全部收入的 26%。

2005 年中國藥師週召開的記者會裡面說明了，中國政府在全社會衛生總費用撥出越來越少，始得全國 40% 的城鎮居民和 72% 的農村居民看病需要自掏腰包，然而個人醫療支出在衛生總費用中所佔比重還在不斷擴大，人民在醫療費個

<sup>79</sup> <社科院發 2007 藍皮書 看病難看病貴居社會問題首位>，《新華網》，2008 年 1 月 8 日，[http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/politics/2006-12/26/content\\_5531627.htm](http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/politics/2006-12/26/content_5531627.htm)。

人給付比例太大，這個問題是非常嚴重的，結至 2006 年此問題還無法妥善的解決。

衛生部規劃財務司副司長於德志說，我國衛生總費用存在著明顯的結構不合理問題。隨著經濟社會的發展，我國衛生總費用在不斷增長，可是政府預算衛生支出，社會衛生支出所佔的比重沒有相應的增加，反而呈現下降趨勢，與此同時，城鄉居民私人支出比例不斷擴大。所以根據 2002 年世界衛生組織（WHO）的統計顯示，中國人民人均政府衛生支出水平在 191 個成員國中排名 131 位，而居民個人衛生支出所佔比重竟然高達第 15 位。<sup>80</sup>

根據 2007 年社會藍皮書《2007 年：中國社會形勢分析與預測》調查中，對於社會統籌基本醫療保險、社會統籌大病醫療保險、社會統籌養老保險、社會統籌失業保險、社會統籌工傷保險、社會統籌生育保險、住房公積金、貧困家庭的最低生活保障金這 8 種社會保障類型，32.5% 的受訪城鎮居民享受了其中的 1-2 項，享受了 3-5 項者比例為 24.8%，36.2% 城鎮居民表示，對於這 8 類社會保障項目，自己目前是一無所有，一項都沒有享受到。

社會統籌養老保險在本次調查的 15 至 65 歲城鎮居民中的覆蓋率最高，達到 49.6%；其次是社會統籌基本醫療保險，覆蓋率為 39.9%；再次是社會統籌大病醫療保險，為 28%。

## 第二節 中國醫療服務體系實務檢驗

### 壹、公立醫療機構

2010 年末全國共有衛生機構 93.9 萬個，其中醫院、衛生院 6.0 萬個，社區衛生服務中心（站）3.1 萬個，診所（衛生所、醫務室）17.4 萬個，村衛生室 65.1 萬個，疾病預防控制中心 3491 個，衛生監督所（中心）2851 個。衛生技術人員 584 萬人，其中執業醫師和執業助理醫師 237 萬人，註冊護士 205 萬人。醫院和

---

<sup>80</sup> <我國過半老百姓沒有醫療保險看病需自掏腰包>，《人民網》，2009 年 4 月 8 日，<http://gov.people.com.cn/GB/46728/51423/51424/3817482.html>。

衛生院床位 437 萬張。鄉鎮衛生院 3.8 萬個，床位 100 萬張，衛生技術人員 96.4 萬人。全年甲、乙類法定報告傳染病發病人數 341.4 萬例，報告死亡 15950 人；報告傳染病發病率 255.80/10 萬，死亡率 1.20/10 萬。

2010 年末全國共有各類提供住宿的收養性社會服務機構 4.0 萬個，床位 312.3 萬張，收養各類人員 236.5 萬人。其中，農村養老服務機構 3.1 萬個，床位 213.9 萬張，收養各類人員 170.4 萬人。各類社區服務設施 18.0 萬個，其中，社區服務中心 11400 個，社區服務站 5.1 萬個。全年救助城市醫療困難群眾 373.6 萬人次，救助農村醫療困難群眾 813.8 萬人次；資助 1237.4 萬城鎮困難群眾參加城鎮醫療保險，資助 4223.7 萬農村困難群眾參加新型農村合作醫療。<sup>81</sup>

社會保障水平進一步提高，社會保障面繼續擴大。截止 2010 年底，全國城鎮基本養老保險參保人數達到 25673 萬人，比上年末增加 2123 萬人；全國城鎮基本醫療保險參保人數達到 43206 萬人，比上年末增加 3059 萬人；全國失業保險參保人數達到 13376 萬人，比上年末增加 660 萬人；全國工傷保險參保人數達到 16173 萬人，比上年增加末 1278 萬人；全國生育保險參保人數達到 12306 萬人，比上年增加末 1430 萬人。2678 個縣（市、區）開展了新型農村合作醫療工作，新型農村合作醫療參合率 96.3%。新型農村合作醫療基金支出總額為 832 億元，累計受益 7.0 億人次。全國列入國家新型農村社會養老保險試點地區參保人數 10277 萬人。特別值得指出的是，綜合考慮經濟發展和價格形勢，我國政府提高了最低生活保障、最低工資、失業保險、基本養老金、優撫對象補助、家庭經濟困難學生資助等多項社會救助和保障標準，社會保障由以往只重視量的增加向既重視量的增加、又重視質的提高轉變。<sup>82</sup>

一般而言，民眾最常利用的醫療機構是各地區的衛生院室或個體醫生，與私

---

<sup>81</sup> <中華人民共和國 2010 年國民經濟和社會發展統計公報>，《國家統計局》，2011 年 3 月 2 日，[http://www.stats.gov.cn/was40/gjtjj\\_detail.jsp?searchword=%CE%C0%C9%FA%BB%FA%B9%B9&channelid=6697&record=7](http://www.stats.gov.cn/was40/gjtjj_detail.jsp?searchword=%CE%C0%C9%FA%BB%FA%B9%B9&channelid=6697&record=7)。

<sup>82</sup> <複雜之年的輝煌成就>，《國家統計局》，2011 年 3 月 25 日，[http://www.stats.gov.cn/was40/gjtjj\\_detail.jsp?searchword=%CE%C0%C9%FA%BB%FA%B9%B9&channelid=6697&record=6](http://www.stats.gov.cn/was40/gjtjj_detail.jsp?searchword=%CE%C0%C9%FA%BB%FA%B9%B9&channelid=6697&record=6)。

立醫療機構相較，民眾共有的衛生院室除了提供資源要比較豐富，或有企業股份分紅，或有土地和廠房租金收入、債券、存款利息等，一般而言，行政村的年平均收入總額多在人民幣百萬元以上，得以支應村衛生室的開銷。因為村民對公共福利有較高的要求，行政村對於投資及維持村里的公共衛生室，便是公共支出的一大項目。村衛生室的衛生員其薪資，完全與藥品銷售脫鉤，全由村財務支出，年薪約在二萬元左右；藥品多由鄉鎮衛生院統一進貨，批發零售的差價用以補貼鄉鎮醫療保健活動支出等，鄉鎮衛生院統籌的地區，運作較為有效率及具規範性，例如巨州市衛生局要求各鄉醫應妥善紀錄及保存醫療紀錄，用藥處方，收費須給發票，進藥須有帳目等。但這些規範並未被確實執行，許多醫療點看不到任何行醫紀錄，對於民眾就醫的品質與權益，相當沒保障。

綜上所述，大陸現有的公立醫療機構，如果能夠發揮管理稽核的效能，保證民眾獲得的就診人口，以因應私人開業醫生的競爭；唯當醫藥分開經營的政策實施後，這種藥費減免的優惠措施，將無法產生鼓勵民眾至公立醫療機構就診的可能性，公立醫療院所可能必須努力改革推展新方案，以因應此一新的情勢。

## 貳、私立醫療機構

綜合而言，由於大陸法令的限制，外商投資醫療機構皆需採取中外合資方式營運，對於外商投資醫療機構亦僅限醫院為主，可投資的診所科別，亦限制口腔與整形外科，對於台商或外商投資大陸醫療機構的限制仍多；唯隨著大陸經濟發展，人民對醫療品質與需求的提升，大陸的確可視為一塊值得關注與開發的市場，唯對於當地的政治、法令與人文的差異，仍是首要克服的課題。

根據聯合早報新加坡最大的私人醫療集團—萊佛士醫藥集團也已經率先進駐中國市場，在上海設立醫療中心。公司主席呂俊暘醫生指出，集團在中國的客戶主要是當地的外來專業人士和收入較高的中國人。他們都給予了集團服務大量的好評，認為萊佛士醫療的成本合理，良好的就醫環境和專業安全的手術也都是

集團的優勢。

他認為，從 1960 年以來新加坡就是亞洲的一個醫療中心，新加坡在提供國際水平的醫療服務方面所積累的經驗正是中國市場所欣賞和期待的。作為一家私人醫療機構，萊佛士有能力滿足企業和國際顧客的需求。

在新加坡和香港擁有 34 年綜合醫療保健經營經驗的萊佛士醫療，為新加坡及海外不同人群提供全面的服務。集團在新加坡全島擁有 74 家診所，還運營綜合醫院萊佛士醫院，旗下有 200 名多不同專科的醫師。

呂俊暘醫生表示，很多中國的顧客可能已經耳聞或親身體驗過新加坡的醫療服務。過去幾年裡，有不少中國人在新加坡的萊佛士醫院接受過治療，他們了解集團的高質量服務，因此他們很願意去集團在中國的機構就醫。事實上已經有不少患者要求集團在中國開設醫療中心和醫院，方便他們就診。

對於未來的業務發展，呂俊暘說，集團在中國的業務剛剛起步，因此不會排除任何機會，從而更好、更有效地服務客戶。萊佛士醫療將與合適的當地合作夥伴尋找各種可能性，現在集團正著眼考慮簽訂管理合同，或通過特許經營的方式把萊佛士的品牌引進到中國市場。“我們希望能夠先更多的了解當地的經營環境，並根據市場的需求和環境來擴大業務。集團正在上海尋找其他地點開設第二間醫療中心。<sup>83</sup>

根據以上報導綜合而言，由於大陸法令的限制，外商投資醫療機構皆需採取中外合資方式營運，對於外商投資醫療機構亦僅限醫院為主，可投資的診所科別，亦限制口腔與整形外科，對於台商或外商投資大陸醫療機構的限制仍多；唯隨著大陸經濟發展，人民對醫療品質與需求的提升，大陸的確可視為一塊值得關注與開發的市場，唯對於當地的政治、法令與人文的差異，仍是首要克服的課題。

### 第三節 中國藥品銷售體制實務檢驗

---

<sup>83</sup> <新加坡助中國醫療服務翻展更上一層樓>，《聯合早報》，2010 年 12 月 29 日，<http://www.zaobao.com/finance/pages2/comment101011.shtml>。

醫改中存在的“看病貴”問題，對於中國 19 次降藥價但並未真正改變藥價虛高的頑症，李玲認為，這是由治標不治本的產業政策所導致，我國已有 6000 多家藥廠，但是一年銷售額不如輝瑞一家，藥廠完全沒有規模效應，沒有任何自己創新的能力。由於醫院體制問題，政府對醫院投入遠遠不足，公立醫院靠自己才能在市場上生存，這也就是出現以藥養醫、藥價虛高局面的原因。對此，李玲建議，國家一定要對醫藥產業有適當的產業政策，在稅收上、在融資上要有適合的政策。同時應該有適當的產業政策和配套的醫療政策，比如說定點生產，我給你保證量，在量的基礎上把價格控制下來，從而使國家和藥廠雙方達到雙贏。在這個過程當中，國家應該投資醫藥的發展，因為市場和政府都在起作用。並且學習國際上藥品產供銷一體化的方法，這是控制成本最好的方法。<sup>84</sup>由於中國人多地廣管理起來過於繁雜並不適合統一政策來概括，應有更多選項讓地方可以去選擇地方合適的政策來幫助人民。

各種措施，解決問題的做法補貼醫院的醫療服務，藥品銷售當脫離醫院，門診藥房將加入公正競爭的社會。原來的 15% 的獎金已被取消，藥品的價格將更加合理。至於減少的收入或虧損的醫院，收入及開支將通過各種渠道平衡。同時，我們將嚴格審查，批准和監督各藥房，確保安全和質量的藥品，防止假冒和過期片做傷害百姓。長沙將賠償損失醫院的改革推進公立醫院補償機制，並採取適當的補救方法，政府的特別項目。衛生署會探路“養醫院與技巧”，開展不同層次的標準，適度提高醫療服務價格，降低價格的藥品，醫療消耗和大型醫療檢查設備。不切實際的標籤的價格對藥品包裝 在草案中收集的意見，有關醫療改革在幾個月前宣布，有人提出的政策，“價格應當在外包裝上標示的藥物”。但在新的醫療改革計劃，那是刪除。許多市民想知道為什麼價格不能標在外包裝的藥品。對於這種改變，長沙市衛生局解釋說，標籤的價格對藥品包裝是不現實的和不必要的，甚至可能誤導消費者。其實，當藥物進入流通階段，將有市場競爭，

---

<sup>84</sup> <專家稱醫改方案不宜全國統一 應該允許多樣性>，《新華網》，2008 年 4 月 22 日，[http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news3.xinhuanet.com/fortune/2007-01/05/content\\_5568707.htm](http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news3.xinhuanet.com/fortune/2007-01/05/content_5568707.htm)。

公開招標，使藥品的價格也會隨之改變。價格的藥品，患者必須支付，絕不等於價格標在包裝上。為了使價格合理，我們必須依靠這些措施，在新醫改方案合理調整政府定價範圍，提高政府定價方法，提高透明度，指導醫院用藥品，以合理的方式，完善藥品價格監測體系和規範的行為由企業依法自主定價。在醫療服務收費是指醫療機構收取的費用在此過程中患者提供醫療服務。

## 壹、藥品改革實例

湖南將組織一個特別小組，研究醫療改革。據省衛生廳“的醫護改革的意見”有許多新的概念和想法。首先，它把人們的健康為第一，其中有很大的不同意見，從舊的考慮造成的醫療和衛生保健，作為經濟發展的一個方面。第二，城市和農村居民也同樣覆蓋的基本醫療改革是一個突破，從城鄉二元結構和農村地區。第三，鼓勵私營部門參與醫療市場的參與。第四，論述了政府的管理到縣醫院。省衛生廳將組織一個特別小組，負責研究和實施的醫療改革在湖南。平均藥品價格可能會削減 20%-30% 今年七月前，湖南將網上購買藥品。一旦系統建立網上採購藥品，藥品價格平均省級醫院將削減 20%-30%。沒有財政投入，但在診斷試驗使許多醫院湖南省衛生廳明確表示，註冊醫生作出診斷可以在很多醫院的一個嘗試。這意味著沒有投入資金，但僅僅整合現有醫療資源，這將大大有利於老百姓。目前，中國進行密閉式管理的醫療專業人員，導致醫生無法在其他醫院作診斷。事實上，近年來許多專家在作出診斷外的鎮醫院。使很多醫院診斷的方法之一是提高支付的醫生，良好的醫療技能。一個工作會議關於深化醫藥衛生體制改革 5 月 8 日舉行了湖南省。短期優先事項的實施計劃為醫藥衛生體制改革的基礎上，提出了湖南的實際情況。五項改革從 2009 年至 2011 年包括：第一，加快建立基本醫療保障制度；二，基本建立國家基本藥物制度；三，完善基層醫療衛生服務體系；第四，穩步推進平等地獲得基本公共衛生服務；第五，推進公立醫院改革試點。新型農村合作醫療制度要全面貫徹 2010 年在湖南方法轉移和恢復基本醫療保險賬戶在湖南將制定，使問題在轉讓並恢復基本醫療保險賬戶，從一

個地區到另一個，或從一個系統到另一個系統，這些臨時合同工人包括農民工，可以得到解決。應正確連接各城鎮職工基本醫療保險，城鎮居民基本醫療保險，新型農村合作醫療制度和城鄉醫療救助。住院費用的報銷比例由新型農村合作醫療制度將已增加至超過 50%，到 2011 年。2011 基本醫療保險覆蓋面大大增加，到 2011 年農村居民基本醫療保險將覆蓋湖南 95% 農村居民在未來三年。城鎮職工基本醫療保險將覆蓋 760 萬人，2009 年，880 萬到 2010 年，2011 年和 1000 萬。城鎮居民基本醫療保險將覆蓋 10 億人到 2009 年，1500 萬到 2010 年，2011 年為 18.5 萬。城鎮居民基本醫療保險將覆蓋所有在校大學生在 2009 年。2011 農村和城鎮老年人的健康記錄的比例達到 50% 和 90% 分別由 2011 年居民健康檔案將逐步建立規範的管理在湖南省。將作出努力，以提高農村和城市老居民的健康記錄的速度超過 50% 在農村地區，超過 90%，城市地區，30% 以上，到 2011 年的其他人。應採取的行動進行定期的健康檢查 65 歲以上的高齡，定期檢查嬰兒的生長和兒童在三，定期產前檢查和產後訪孕婦和產婦，並指導預防和控制，患者疾病，如高血壓，糖尿病，精神疾病，艾滋病毒/艾滋病和肺結核。湖南電視台將建立一個健康頻道或列 2009 年以來，加大宣傳和傳播衛生保健知識的公共福利。2009-2011 湖南人均基本公共衛生基金，每年提出的 2009-2011 年期間 2.5 元該意見關於深化醫藥衛生體制改革規定，到 2009 年，人均籌資標準為基本公共衛生服務應不低於 15 元，不低於 20 元，到 2011 年。中央政府將限制地區的財政補貼，通過專項轉移支付。至於經費標準，湖南將按照國家標準，在 2009 至 2011 年期間，還明確規定，人均經費將不低於 17.5 元。此外，經濟發達的地區可以提高自己的資金標準，省級政府將補貼資金的限制區域。<sup>85</sup>

## 貳、藥廠營運情況

要更深入了解藥廠的營運情況所以以下舉個藥廠的年度業績資料的例子，讓我們

---

<sup>85</sup> <Health care reform>，《News Review》，2011 年 4 月 1 日，  
<http://enghunan.gov.cn/SP/MedicalReform/index.html>。

可以更了解藥廠的情況，以下是中國領先現代製藥企業 -山東羅欣藥業股份有限公司年度業績資料：

中國領先現代製藥企業 -- 山東羅欣藥業股份有限公司(「羅欣藥業」或「公司」，股份編號：8058) 今天宣佈截至 2010 年 12 月 31 日止年度(「回顧年度」) 全年業績。

隨著中國政府近年積極推行醫療改革，加強規範及醫療方面的開支，加上人口老化等因素，中國醫藥行業發展良好。於回顧年度，公司營業額上升 47.9%至人民幣 1,342,254,000 元；股東應佔溢利亦大幅上升 42.7%至約人民幣 383,122,000 元；加權每股平均盈利為人民幣 0.63 元，較上年度上升 43.2%。公司董事會建議派發截至 2010 年 12 月 31 日止年度末期股息每股人民幣 0.05 元。

表 4-1 財務摘要截至 2010 年 12 月 31 日止年度

	2010 年(人民幣千元)	2009 年(人民幣千元)	變動
營業額	1,342,254	907,453	+47.9%
股東應佔溢利	383,122	268,550	+42.7%
加權每股平均盈利	人民幣 0.63 元	人民幣 0.44 元	+43.2%
毛利率	55.9%	47.1%	+8.8 百分點
純利率	28.5%	29.6%	-1.1 百分點

對於公司業績表現理想，羅欣藥業主席劉保起先生表示：「在過去的一年，我們致力提升科研實力，增加產能及加強銷售網絡建設，不斷提升公司核心競爭力。加上受惠於國家積極加快醫療體制改革，公司充分把握市場增長的機遇，順應市場需求，投放更多資源於擴大生產能力及提升技術，並加快新產品的研發，同時，努力開拓更龐大的市場，增加市場佔有率，令業績獲得理想的增長。」

於 2010 年 12 月 31 日，公司的現金及現金等值約為人民幣 673,847,000 元，繼續保持穩健的財務狀況。

在回顧年度，公司繼續於管理、文化、企業組織、資本運營、科技創新、人力資源和市場營銷七大體系均實施了有效的策略，有效地推動了公司的發展，進一步增強了企業抗風險能力及綜合實力。在回顧年度，經國家科技部評審，公司被

認定為「國家火炬計劃重點高新技術企業。同時，公司技術中心獲准成立了山東省凍干粉針劑藥物工程技術研究中心，並獲山東省科技廳認定為「國家綜合性新藥研發技術大平台（山東）產業化示範企業」、「中國專利山東明星企業」，這些都為公司科研開發搭建了一個更強大的研發平台，將進一步增強公司科技研發實力。

另外，本公司產品「津欣」被列入國家「重大新藥創製」科技重大專項「十二五」實施計劃 20 年課題－藥物大品種技術改造。本公司的國家發明專利「一種鹽酸頭孢粉針劑及其制備方法」榮獲第十一屆山東省專利獎一等獎。

未來，公司將充分利用醫藥行業整合的機遇，繼續加大科研的投入；隨著公司正在興建的「裕欣」、「恆欣」新廠房的建成投產，將擁有更強大的產能，更有效地擴大新藥的研發範圍，有助於更全面的業務發展。公司亦會積極拓展更加廣泛的銷售網絡，以提升產品的市場佔有率，不斷提升核心競爭力。

劉主席總結：「我們相信，2011 年醫藥行業仍然會有快速的增長，特別是國家加快醫療體制改革的步伐，積極推進新合作醫療，這將有力推進醫療、藥品的消費，市場潛力巨大，優良企業更將進入新的快速發展時期。中國是藥品的消費大國，市場空間巨大。醫藥行業已被列入中央「十二五」政策的扶持行業之一，預計中央會投放更多資源於製藥及醫療設備行業。展望 2011 年，我們已經踏上了新的征程，面對新的挑戰和發展機遇，我們堅信本公司會有更快更好的持續發展，再創新的輝煌。」

關於山東羅欣藥業股份有限公司，羅欣藥業於 2005 年 12 月 9 日於香港聯合交易所有限公司創業板上市。自 2006 年開始，公司連續被評為中國「十大最具成長力藥企」和「中國製藥工業百強」，亦已連續第三年入選《福布斯》「中國最具潛力中小企業榜」。公司主要從事開發、製造及銷售 4 大系列之處方及非處方藥物：(1) 抗生素，包括頭孢菌素類抗生素、奎諾酮類抗生素及大環內酯類抗生素等；(2) 抗病毒藥物；(3) 系統專科藥物，包括消化系統藥物、心血管系統藥物和呼吸

系統藥物等；(4)其他化學藥物，包括抗腫瘤藥物等。公司於中國山東臨沂高新技術產業開發區設有生產廠房，並已取得所有必須之生產許可及 GMP 認證，銷售網路覆蓋全國 27 個省份及 4 個直轄市。<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> <羅欣藥業公佈 2010 年全年業績>，《財華網》，2011 年 3 月 18 日，  
<http://www.finet.hk/mainsite/newscenter/PRNHK/0/15888.html>。

## 第五章 台商與中國醫療改革

本章為訪談資料之彙整，係採半結構性與非引導性方式進行，以台商對中國醫療改革的親身體驗與認知為訪談主題，由受訪者依自己的看法、理念、觀感或經驗完全陳述，研究者不影響其意見及看法。訪談的方式，以面談錄音為主，兼採電話訪談，訪談後若有模糊或需進一步了解的事項，則再聯繫與查證，其目的在於避免偏誤之發生，導致資料的不正確。

### 第一節 訪談法的介紹

訪談法又稱為訪問調查法，係指透過訪員面對面與受訪者從事語言溝通，以蒐集研究資料的方法。如依受訪人數分，可分為個別訪問及團體訪問二種，前者係指訪員與受訪者採取一對一的方式進行，後者則是接受訪問的不只一人，可能是一個單位、一個團隊或是一群相關的人；如依實施的方式分，可分為結構式訪問及非結構式訪問二種，前者係指訪問的內容和程序完全依照標準化的方式進行，受訪者反應的答案或項目已事先規劃完成。而後者是指事前並無預定的程序和問卷，完全由訪員或受訪者針對某項主題充分交談。

結構性訪問的優點在於：資料易於比較，資料的正確性較高，資料較合乎科學的可驗證性，及訪員易於掌握訪談重點，較不易分神等。唯其缺點乃在事前須花費大量的時間從事問卷的設計及訪問歷程的規劃，且有可能因而限制受訪者的專業表述。而非結構性的訪問又可分為：重點訪問法，係指由訪員劃出範圍，使受訪者專注於此一經驗或問題範圍內，提供消息或表示意見；臨床訪問法，為蒐集有關特定經驗、感情與動機資料所做的訪問；非引導性訪問法，訪談的主動權在報告者本身，訪員僅作鼓勵而不作引導性的問話或建議，其目的在於避免偏誤的發生，導致資料的不正確。

與問卷調查法比較，訪談法具有以下優點：

- 1.適用於蒐集複雜且需要花時間思考的問題；

- 2.回覆率高，資料代表性亦高；
- 3.有較大的彈性，可當場釐清語意錯誤並作說明；
- 4.可蒐集到許多問卷以外的資訊與意見；
- 5.可確實掌握特定人士回答問題。

因訪談法具有問卷調查法所沒有之優點，本研究乃決定實施訪談法，以補強文獻探討資料蒐集方法之不足。

## 第二節 訪談法實施過程

本研究係由研究者本人擔任訪員，採個別訪談方式，以一對一的方式進行，兼採面談及電訪二種方式進行。訪談主題為「台商對大陸醫療改革之看法」，為非結構性及非引導性訪談方式。訪談對象包括電子公司總經理、傢俱製品公司會計主任、五金公司總經理等，職位由總經理、副總經理至協理等人。訪談實施之過程，不論是透過面訪或電訪，受訪者大都十分樂意回答問題，依據訪談主題暢談各自之專業經驗與理念，部分受訪者因商務繁忙，一次訪談可能中斷數次，但最後均順利完成訪談。研究者在整個訪談過程中，儘量建立與受訪者友善而閒談的氣氛，以中立及公正的態度，謹慎而有信心的完成訪談紀錄，訪談紀錄並經受訪者確認無誤後，整個訪談實施過程始告完成。訪談內容合計九題，題目如下：

- 第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？
- 第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？
- 第三題：台商或者員工是否有醫療保險？
- 第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？
- 第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？
- 第六題：對於醫改政策的評價如何？
- 第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？
- 第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

### 第三節 訪談資料彙整

全部訪談紀錄詳見本文附錄，訪談資料經依題項，分別彙整如下：

#### 壹、台商實際就醫情況

受訪者對大陸就醫的普遍的第一個反應是：看病很貴，如果沒有買職工基本醫療險的話，台商員工去醫院看一次病，有可能會花掉半個月的薪水；而且台商看病會多加一項台商特殊服務費，約人民幣 60 元。如果台商員工有購買職工基本醫療保險的話，則住院費用可報銷 95%，平時生病感冒可報銷 80%；而職工基本醫療保險費，係由個人負擔 20%(約合 90 元人民幣)，公司負擔 40%(約 150 元人民幣)，看診需帶身分證及社保卡。農村地區則可選擇參加農民社保，住院費用可報銷 60%，平時生病感冒可報銷 80%，一般而言，農民社保額度較低，個人繳費負擔亦相對較輕。而第二個反應是，醫院衛生條件不好。第三個反應是，掛號看診沒秩序，其中一位台商親身的經驗是縱使是掛急診，但因醫生人數不足，一堆病患亂排隊，而醫生看診慢吞吞的，結果是一有病患剛給醫生看完，其他人就搶著坐到看診的椅子上。但部分地區或醫院，對台商有特別禮遇，台商在這些地方有專門的優先門診，不用排隊可以直接掛門診。

第四個反應是：對醫生專業沒信心，不像台灣專科醫生分類很清楚，在大陸往往是醫生的主治科別是腸胃科，但也可以看許多其他的科別，好像不管是大病或小病，他都能幫你醫治似的。許多受訪者的經驗是，去看病就是先打點滴；醫療服務水準比不上台灣，醫生的素質也沒台灣好，感覺很多醫院和醫生，比較像是在賣藥，不太有醫德。因此很多台商寧可去比較遠的地方給台商醫生看診，甚至可能的話，就回台灣就醫，而不願在大陸隨便看病；台商大多會從台灣隨身帶一些藥品，或是自己買藥。有台商表示僅小手術會找大陸醫生，如手部受傷必須縫合等，但之後的換藥拆線，也都儘量自理，因為不相信大陸的醫療技術、環境衛生、醫生及護士的品質，其他的大病小病一定飛回台灣就醫。所以，很多台商

雖然常年在大陸工作，但遇到重大疾病還是飛回台灣，以健保看病的情形，可說是相當普遍。

第五個反應是，醫院以營利為目的，如須先付費，護士才會幫你拿藥和打針；連公立醫院都是以賺錢為目的。醫院還有一個很奇怪的現象，就是你腳痛去看病的時候，醫院會幫你照腦部超音波、胸部 X 光、檢查血液、以及身家調查有無遺傳病等，等於要你做全身檢查一樣，可說是將台商當肥羊一樣在挖錢，台商員工吃過一次虧之後，可能再也不敢到大陸醫院去看病。很多台商覺得大陸醫生是金錢至上，縱使遇到像腦溢血這麼需要緊急處理的大病，到醫院仍等兩個小時，醫生才從別的地方趕過來，包紅包給主治醫師的風氣甚盛，有些連價錢也需先在電話中談妥，談好了才會過來看病。

第六個反應是，浪費醫療資源的情形很普遍，如病人只是有點發燒，醫生會要他去抽血、驗尿；或是咳嗽看病，醫生就開給病患一大包藥。看一次病拿回一堆藥品，是許多台商在大陸看病共有的經驗。

## **貳、台商對中國醫療服務的整體評價**

受訪者普遍對中國醫療服務的整體評價很差，除醫療費用相較台灣昂貴外，其服務態度更是不如台灣，有人比方，如果服務態度台灣是 100 分的話，大陸大概只能得到 60 至 70 分。對於醫療機構過度以營利為目的，缺乏醫德的現象，相當不以為然，偽藥充斥以及醫生胡亂開藥，或是看病依病患身份分等級，一般員工可能收人民幣 50 元，但老闆卻要收人民幣三、四百元；醫生及護士的質量均不足。但也有部分台商認為，越來越完善，因為以前沒有社區門診，直到 2008 年後，開始有社區門診，但偏僻的地區仍沒有這類福利和醫療服務。

## **參、台商或員工與醫療保險**

受訪的對象均非大陸國民，所以無法參加大陸的健保，只能自行購買商業醫療保險，部分台灣醫院在大陸開業者（如廈門長庚醫院）可使用台灣健保卡就醫。

而中國政府規定台商必須幫員工加保，所以員工有社會保險，社會保險包含醫療保險、養老保險，投保滿 15 年即可領退休金，流動性的員工無法加保，僅能依賴農保，如以看診費用而言，至私人醫院就醫反而比至公立醫院便宜。部分台商完全沒有任何保險，多數認為大陸現行醫療水準與台灣差太多，而不願在大陸參加醫療保險，或認為大陸人口太多，不太可能成功推行全民醫療保險，且保險制度本身的設計有問題，如賠償率太低等；不過，不願加保者最主要的原因，仍是對中國大陸的醫療服務不具信心。唯部分台商則認為，大陸現行實施的職工基本醫療保險，雖然偏遠地區尚未全面納保，但假以時日應會普及全國。亦有台商反應，雖然大陸政府規定必須為員工辦理社會保險，但仍有部分台商為降低負擔，並未照辦，而以其他的方式補償員工，可謂是上有政策下有對策。

#### **肆、對於現行醫療改革政策之認識**

多數受訪者對於大陸醫改政策並不清楚，因為較少利用其醫療資源，故亦乏探究瞭解的意願；一般而言，員工會比較清楚一些報銷手續，如住院或門診費用可以報銷，退休金及失業輔助金的相關規定，或自動轉保農村保險等。社保局會不定期通知台商參加社保作業會議，強制資方一定要幫員工加保；部分台商反應，大陸的醫療改革政策，過分強調勞方的福利，強迫台商接受並負擔費用，將台商當作肥羊，大陸政府要求台商幫員工提撥至少五種公積金，許多台商並不清楚各種公積金的內涵，如其中一種稱為「住房公積金」，要求台商幫員工存一筆錢買房子用，換算其金額就像是員工賺一塊錢，卻可以花一塊二購屋。由受訪者的談話，可以反應出大部分的台商，普遍對大陸醫療改革並不寄於厚望，認為醫療品質遠不及台灣，對大陸推行醫療改革的政策並不具信心。

#### **伍、對於現行醫療改革政策之評價**

受訪者對於大陸醫改政策的評價，普遍認為有保險總比沒保險好，對公司或員工個人而言，均較有保障；只是相關的配套措施尚不夠完善，必須假以時日不斷改善，始有可能漸入佳境，並推廣至全國實施。其他主要評價，如認為應降低

醫療機構的營利性，提升醫療品質，加強醫生素質管理；另對於城鄉的差距過大，只對經費較充裕的城市地區實施醫改，對於醫保需求更盛的農村地區，反而未普遍推行，感到緩不濟急，本末倒置。其醫療體系充斥著紅包文化，令台商難以接受，認為中國政府若未能健全管理機制，則再多的醫療改革，均屬徒然。

受訪者往往會拿台灣的健保制度來對照中國大陸的醫改政策，以台灣健保曾獲諸多國外媒體盛讚的情形來看，中國大陸的醫改可能難望其項背，例如美國廣播公司(ABC)網站曾於2003年以「健保烏托邦(Health Utopia)」為題大幅報導台灣健保福利，德國期刊亦曾盛讚台灣的健保制度<sup>87</sup>。因此，台商普遍會對大陸醫改不抱希望，認為大陸跟台灣是沒辦法比的，而且醫療品質參次不齊，根本沒辦法信任；對於大陸政策的反覆不定，亦缺乏安全感，如大陸開放台商赴大陸設廠的優惠政策，並無一定標準且朝令夕改，對台商相當沒保障；可能設廠時的一些免稅優惠，開始做生意不久後即遭取消，常令台商措手不及，如未依規定申報，一旦被海關抓到，其罰款動輒幾十幾百萬，令許多台商無所適從，甚至鎩羽而歸；而對於醫改也有類似的感覺，認為大陸官方利用台商為其社會保險出錢，對這些醫改政策並無好感。

## 陸、醫療改革對台商之影響

受訪者認為大陸實施醫療改革後，對台商或員工的就醫而言，重大疾病或意外傷害較有保障，例如員工發生手指被機器切斷，必須送大醫院縫合手術、評定傷殘級數，再申請給付住院醫療津貼等；其他小病則大都自行購買成藥。對資方而言，因需幫員工負擔一定比率的保費，故會增加成本支出，由於醫療服務之先許多台商身體感到非常不適也要趕快定機票回台灣，享受台灣醫療服務之品質，有一例是廣東台商由於似乎是盲腸發炎痛的要命，但是堅持回台灣治療，甘願與死神搏鬥也不願嘗試中國之醫療，回到台灣醫院醫生說再晚個一小時恐怕有生命危險。所以對於中國醫療改革台商似乎無法相信有更好的品質。

<sup>87</sup> 魏國金《台灣健保制度 美德媒體都誇》自由時報大紀元編譯, www.dajiyuan.com 2003.10.27

## 柒、台商對醫改後的醫療服務整體評價

受訪者普遍反應衛生環境及服務品質不佳，對於醫護人員的專業素養，亦不具信任感，認為應儘速引進國外先進技術及專業人員，以刺激醫療服務體系之改革腳步。一般而言，台商的醫療常識優於大陸人民，因此對於大陸人對醫護人員言聽計從的態度，感到十分不可思議。部分受訪者表示醫改之後，因為政府也要負擔部分醫療保險費用，所以是一件好事。但亦有受訪者表示，醫療保險因為管理不當，形成醫療資源浪費的現象，十分普遍，例如至醫療機構看病，自費和醫保給付的價格是不一樣的，相同的診療和用藥，如果是自費者可能僅收取人民幣 1.1 元至 1.2 元，但使用醫療保險者則收取人民幣 2 元，醫療機構坑醫療保險費的情形十分嚴重，如不嚴加管制，建立良善的管理機制，全民醫療保險體制勢必被拖垮。目前醫療改革尚未全面推行，僅於較富裕的城市及沿海區域試行，即已產生醫療資源浪費的諸種弊端，而大陸城鄉差距甚大，將來如推行至內地等地區，全民醫療保險體制的收支結構，將更形薄弱，前景堪慮，

## 第六章 結論

本章將分節綜述本研究之研究發現，並對中國醫療改革進行總結，提出研究建議供後續研究者參考。

### 第一節 研究發現

就制度設計而言，每一種制度的建構立基於深厚的理論意涵，制度行不行得通，並非完全是制度設計本身的問題，制度所處的社會文化、政治環境影響甚鉅。本研究以新制度主義觀點探討中國醫療制度改革，首先，由相關的文獻分析，瞭解中國醫療體制的沿革，及其現行醫療制度的現況與問題所在。其次，經由訪談獲得台商對於醫改的看法與經驗，以下將依研究目的，將實證部分做一總結，提出研究發現及建議以供參考。

#### 壹、醫療改革的成果

中華民族夢寐以求作出了不懈努力，以實現這一目標的“所有患病的人能得到醫療服務”。建國以來新中國，特別是通過過去 30 多年的改革開放，中國取得了兩項重大成果，衛生保健服務。在健康服務體系發展迅速，城市的健康狀況和農村中不斷提高。當中華人民共和國成立，中國醫療設備簡陋和稀缺既是，醫藥和醫療保健並沒有提供給大多數的中國。1949 年，中國平均預期壽命只有 35。現在是 73，大大高於平均 63 個發展中國家和相當接近平均 75 個發達國家。當時只有 10,000 萬醫務人員在全國只有 2 張病床，每 10 萬多人。現在，有 289,000 衛生保健設施，醫務人員 600 萬，3 張病床，每千中。孕產婦死亡率（每下降至 1.5 萬至 319 萬美元每百萬；）和嬰兒死亡率（下降到千分之 13.8 千分之二百）都屬於最低的發展中國家。二是逐步完善醫療保險制度在全國已覆蓋大部分中國。12 億多城鄉中已涵蓋了基本醫療保險。超過 90% 的人口享有的好處。在中國城市中，居民就業都納入城鎮職工醫療保險，而那些失業者享受城鎮居民醫療保險。截至

2008 年底，人們涵蓋了兩種類型的保險已達到 3.18 億，佔 52.2%的城市總人口。此外，有兩種人，第一個城市公務員和退休工人誰享受免費醫療。第二人自願參加了商業健康保險。免費醫療和商業健康保險共同覆蓋另外 10%的城市總人口。

在中國農村地區，人們應參加農村合作醫療制度在自願的基礎上。從 2003 年起，中央和地方政府分別提供 10 元，每年為每一位參與者在這個系統中，同時進一步促進參與者 10 元。30 元構成了基本醫療保險一年。目前，人均籌資水平從 30 上升到 150 元和 120 元，每年來自政府。這一新的農村合作醫療制度已覆蓋大部分人口在農村中國。參與率是 95%，超過 8.35 億人。最高報銷醫療費用增加的數額是 6 倍，當地人均年純收入，從而，大大降低了農民醫療費用負擔。兼顧市場化及政府參與，實為中國醫改未來必須多方考量的不可像現在的漠視。

## 貳、在實務方面對於醫療改革的問題

在中國的巨大成就的醫療體系，中國人民仍然面臨著兩難“看病難，看病貴都”。有太多的病人中，在大城市大醫院。這是不方便的醫療偏遠的農村地區。有些病人負擔過重的醫療費用過高。有些人甚至負擔不起治療。那麼，為什麼這麼困難，醫療昂貴的中國？

### (1) 政府投資不足

中國，20%的世界人口，有一個健康的開支只佔世界的 3%的總計。中方政府捐助只有 24.7%的全國總於 2009 年。這不僅遠遠低於平均水平的 75%在發達國家，而且也低於平均 55%的發展中國家。在這種情況下，中國 56%的醫療費用由個人承擔。據資料了解，德國人只需要承擔 10%。

### (2) 分佈不均的醫療資源

70%的醫療資源在中國是在大城市，其中 80%是在大醫院。雖然大醫院有

過度開發的設備和人員，基層醫院和醫療中心，在城市和農村社區正在遭受嚴重短缺，良好的醫療設備和合格的全科醫生。其後果是，人們不信任基層醫院和保持植絨到在大城市大醫院。

### (3) 醫療保險覆蓋率低

仍然有超過 1 億中國人的健康或不包括任何種類的醫療保險。即使是那些有醫療保險的沉重負擔。隨著城市化過程中，有多達 10 萬農村居民進入中國城市每年。這是一個嚴峻的挑戰，中國政府的決議和智慧，如何支付下崗職工，失業，最低的物質準備接收器和所有移徙工人的健康保險。

### (4) 公立醫院這方面的經濟利益為優先

71%的華人醫院為公有。由於政府長期低投入，公立醫院盲目追求經濟利益，造成的現象，如“過治療”和“醫生讓生活在處方藥物”。2008 年，在上海一所醫院獲得 57%的藥品銷售總收入。患者不僅要承擔醫療費用和藥品，而且還必須“作出貢獻”醫生的獎金和購買新的醫療設備的醫院。2008 年，25%的患者應住院不能夠這樣做，由於醫院收費過高。此外，虛高藥價的藥品和“藥物越來越多，賣家比病人”是重要原因，人們不能夠負擔得起的藥物。

人民對醫療衛生的需求是無止境的，而社會所能提供的醫療衛生資源則是有限的，錯誤的醫療制度誘因設計，將導致不當的醫療行為出現。在中國因鼓勵醫院商業化，過度競爭的結果，造成醫療資源分配不均，醫療費用高漲，而其中最嚴重的問題是，醫療資源浪費。針對中國醫改制度如何解決醫療資源浪費的問題。

(一)、應可從建立正確的誘因設計著手，從根本改善醫療技術過低，及以藥養醫的問題，逐步進展至以提升衛生環境，促進全民健康，而非僅是治病而已之日標。

(二)、整頓基層醫療機構，加強其醫療服務與管理，如此才能有助於推行

轉診服務，以改善大醫院人滿為患，及改善醫療費用成長過速的問題。對於醫生看診及用藥必須訂定合理的規範，並確實執行，以有效杜絕醫藥資源的不當使用的浪費情形。

醫護人員沒有經過嚴格的審查規定，所以對於醫生、藥師及其他護理人員的資格，應制定更週全嚴謹的審查制度，如可參酌先進國家相關法令規定，對於正規醫科院校畢業生，尚需經過公立醫院五年的住院醫生嚴格訓練及實習後，才能獲得開業資格。縱使現有人力不足，亦應建立一套完善的醫、藥師執業資格考試檢覈制度，至少對於經濟較發達之地區或城市，一定要確實落實，再逐年擴大適用區域至全國各鄉鎮。而治本之道，則在於有計畫地培育醫療專科相關系所學生，必要時亦得設計優惠條件，先行引進國外優良醫療人力，以起帶頭作用，導引醫療改革在人力資源此一面向上，質與量的同步提升。

中國醫療對於健康保險與醫療改革的宣導工作並不是很有效的宣導讓社會大眾了解現行的政策，建立醫療保險機構的監督機制，增強保險機構的信譽，提升民眾對醫療保險制度的信心，擴大納保範圍，以強化保險體制的基礎，健全保險財務根基。開放更多審格合格的保險機構，承攬社會醫療保險，發揮市場競爭利機，以避免少數保險集團形成獨占的壟斷局面，因而影響受保人的權益。對於醫療體制的改革，更應加強宣導，使人民在觀念上，由公費醫療轉換為社會醫療保險的概念，由認識進而接受，逐步將醫療保健列為家庭開支的常規項目之一。

### **叁、台商在醫療改革面有什麼感受**

台商對於中國醫療改革是覺得還有很多可以改進的空間，大致分為三點：

(一)、對於醫療從業人員的品質與態度是非常無法信任的，對中國的醫療從業人員的訓練過程抱持著懷疑的態度，並且對於真正的醫療從業人員有

沒有經過訓練有合格的證書才來從業也都是不清楚的，醫師有沒有符合醫師的資格可能都要打個問號，所以台商對於醫療從業人員抱持著非常不相信的態度，對於這種事件也反映出了對於中國醫療改革還是需要繼續的努力，讓醫療從業人員有更完善的訓練，也要嚴格的審查真正的醫療從業人員是否有資繼續在醫療機構從業。

(二)、醫療資源的浪費，政府無法管控醫院的資源有無浪費，才會使得醫院可以浪費醫療資源來給予民眾與政府機關收取更多的金錢，對於民眾的荷包是有非常大的傷害，浪費在不必要的地方也浪費了社會資源。

(三)、中國政府對於衛生保健的宣導並不成功，這也是引發醫療改革遲遲無法很快進步的主因，民眾的衛生保健觀念不好可以從小地方看出來，中國民眾一去到醫院就先吊點滴，而病人也都不會有疑問就讓從業人員打點滴，吊針一打下去浪費的時間就是一至三個小時不等甚至更久的也有，如果是正工作的人就浪費了這些時間，老闆也因此少了此人力一至三個小時，台商認為小傷口塗塗藥就可以了，醫院卻要包紮成一大包並且要病人不能活動，這樣對於需要工作的人來說也是浪費了時間，更浪費老闆的時間，這些例子長期累積起來是非常的可觀，所以中國政府應對於衛生保健工作要宣導更正確的知識才會讓國家社會進步。

## 第二節 後續研究建議

2009年，中國正式啓動新的醫療保健制度的改革。政府已公佈了“新的醫療改革計劃”。這項計劃指出，在2009年至2011年，各級政府要撥出共新增8500億元的預算，以支持新的醫療改革。在過去的兩年裡，這些措施已取得明顯成效。

(一)、為解決這個問題“對看病貴”，採取了以下措施：第一增加政府投資，以支付所有的人，截至目前，中國政府已投入509.0億元，並成功地解

決了歷史遺留問題的醫療保險為 600 多萬離退休人員從不同的破產國有企業。與此同時，中國政府也解決了醫療保險的問題超過 2 億人誰是從其他企業退休職工從企業和職工在困難的情況下。約 46 萬外來務工人員已經覆蓋城鎮職工的健康保險。大學和學院的學生已被醫療保險覆蓋城鎮居民。到 2011 年，基本醫療保險制度能夠覆蓋所有的城鎮和農村居民。第二點建立國家基本藥物制度，減少藥品價格，在中國政府已確定 307 基本藥物為共同和多發病。政府指導價格，這些藥品已經出版。政府已經包括了所有的基本藥物納入醫療報銷目錄。現在，51%的鎮政府和社區診所和醫療中心已經使用了藥品價格的指導。該價格的基本藥物就此下降了 25%至 50%。第三點促進免費醫療待遇和倡導預防為主，2009 年以來，中國政府提供的所有城鎮和農村居民的 9 種免費初級保健服務。目前，36%的城市居民和 24%的農村居民有健康檔案，超過 3900 萬 65 歲以上的人都享有免費健康檢查; 46.0 萬貧困白內障患者接受了免費手術治療，超過 1300 萬孕婦和產婦婦女在農村已享受生育津貼。

(二)、為解決這個問題“太難以接受治療”，我們採取了以下措施：

要發展基層衛生服務設施，在過去的兩年裡，中國政府已投資 4000 億元，支持建設 1877 所縣醫院，鄉鎮衛生院 5169，2382 城市社區衛生服務中心和 11250 鄉村診所在偏遠地區。另 130 億元，已投資購置設備的健康中心，縣，鄉鎮和村莊。與此同時，60000 全科醫生進行了培訓的基層健康服務設施。我們的目標是使基層健康服務設施，能夠滿足 80%的總醫療實踐，城市大醫院。人們不會要走出自己的村莊接受治療輕微的疾病。即使是很嚴重的病，他們不會有超越他們的國家之前，經適當處理。二要改革公立醫院，從一開始的 2010 年，中國政府積極建立了協調機制，分工負責的公立醫院和基層衛生服務設施。基層健康服務設施將得到政府的支持，提供高效的醫療服務和治療這些疾病，使輕微公立醫院將能夠把注意力集中在處

理困難和嚴重的疾病。同時，政府鼓勵個體和私營企業投資於各類衛生服務設施。因此，公眾之間的競爭和非公立醫院和患者將推出將提供更多的選擇。約 8500 億元人民幣的醫療在 3 年內投資顯然是最搶眼的一部分，中國的改革計劃。的積極支持中央政府，新的醫療設備的需求，以取代舊的將大幅度增加。<sup>88</sup>

醫療改革是肯定不僅僅是升級醫療設備。建立新的機制和改變著人們的思維方式是非常重要的改革。在中國政府已經包括了所有這些政策和措施，在其上面提到的“十二五”規劃同步，醫療改革和經濟發展。這對正在進行的醫療改革的切身利益，影響了全體中華民族必將是一個長期而艱鉅的任務，也是一個世界級的難題解決。因此，它是不可能實現所有目標的一次。但不管多麼困難的是，中國政府有決心作出巨大努力實現夢想，全體中華人：“所有患病的人能得到醫療服務”。

本文嘗試透過新制度主義的觀點，解釋中國醫療制度改革的各種因素及相關問題呈現。新制度主義的研究途徑並非是萬靈藥，唯其提供了我們在各種學術領域的研究上，一種更為廣泛的思考模式，從不同的角度出發，協助我們在對現象的解釋上能更加圓滿。還有更多的問題尚待解決的，醫療體系的福利，城鄉差距擴大，醫療資源浪費的情形也是十分的嚴重，醫護專業人員應該要嚴格管理及提升品質和社會的需求量，努力建構健保機構的正常運作，並加強醫改的宣導工作，這些議題都是後續的研究者可以研究分析。對於中國醫療市場將是台灣醫療產業輸出的新機會這點來說應該可以更努力的去研究，中國人口眾多、醫療市場相當龐大，近年來隨著醫療體制的改革腳步加快，對於醫療保健的需求不斷增長，醫療衛生服務業亦呈現快速成長，在中國對於醫療保健市場有極大潛在需求下，中國醫療市場有可能出現與 1970 年代美國相類似的爆發式增長，依近年來中國醫

---

<sup>88</sup> <China's Health Care Reform>，《Botschaft der Volksrepublik China in der Bundesrepublik Deutschland》，2011 年 1 月 21 日，<http://www.china-botschaft.de/det/dszl/baogao/t787403.htm>。

療消費佔GDP比重的成長幅度來看，預估到 2010 年將會提高至 10%以上，相應的醫療保健市場將被放大數倍，再加上近十年來的醫保改革，也創造新的投資商機。與醫療衛生服務有關的產業已成為中國經濟新的增長點，醫療市場將出現極大的變革趨勢。極具潛力的中國醫療市場，將是台灣醫療產業向外輸出的有利標的<sup>89</sup>。

僅將服務對象設定為台商或外籍人士，則醫院的規模實在有限，如果能夠克服基本醫療由政府定價的問題，以及商業醫療保險的普及，台灣的醫療院所及財團赴中國進行醫療服務業投資，應有很大的獲利空間。唯現階段兩岸關係晦暗不明，加上中國逐步開放醫療產業之後，對於現在以國營型態為主的醫療機構必將帶來極大衝擊，其開放政策是否會造成調整和轉向，實應密切注意。對於有意赴中國投資的企業或醫療團體而言，面對龐大但充滿變化的市場，應以更審慎的態度評估與選擇。

綜合而論，中國醫療改革的浪潮不容逆轉，中國醫療衛生服務領域落後的情況，中國大陸人多地廣實施政策確實有困難，尚有賴大刀闊斧的改革，才能解決其內部問題，真正與國際接軌。

---

<sup>89</sup> 《中國醫療服務業投資機會之探討》姚秀韻 國立中山大學大陸研究所博士論文 2003

## 參考文獻

1. 杜樂勛、張文鳴、王培舟、徐寶瑞，〈論中國特色社會主義醫藥衛生改革發展道路〉，《中國醫療衛生發展報告》社會科學文獻出版社，2007。
2. 李嬌瑩，《中國大陸社會保障體制下的醫療保險改革》，台北：政治大學行政管理碩士學程，2002。
3. 劉兆隆，《中國醫療改革的制度分析》，國立政治大學政治系博士論文，2004。
4. 王業立、黃豪聖，〈選舉制度與政黨轉型：一個新制度論的分析架構〉，《政治制度》，台北：中央研究院中山人文社會科學研究所。
5. 王保真，〈中國特色的醫療保障體系〉，《體制改革》2009年第1期。
6. 李嫻謙，《中國醫療保障體制改革之初探-以上海為例》，國立中正大學社會福利研究所碩士論文，2006。
7. 王保真等主編，《醫療保障》，北京：人民衛生出版社，2005。
8. 王耀生，1997年，新制度主義，台北：揚智出版社。
9. 孫煒，2000，〈中國大陸經濟轉型之制度分析：方法論的觀點〉，《理論與政策》，第14卷，第2期。
10. 林國明，1997，〈國家與醫療專業權力：台灣保險體制醫療費用支付制度的社會學分析〉，《台灣社會學研究》，第一期，頁47-136。
11. 林國明，2000，〈歷史、制度與政策：台灣醫療保險體系部份負擔與轉診方案的政策轉折〉，台大社會學系與台灣社會學社主辦「全球化下的社會學想像：國家、經濟與社會」學術研討會。
12. 張荳雲，1992，〈工具理性和實質理性之間：剖析醫院醫療照顧的儀式性與迷思〉，《中研院民族所集刊》，第74期，頁63-93。
13. 張荳雲，1992，〈組織的轉型與結盟：兼論台灣醫療產業競爭氣候的形成〉，收在《近期組織變遷理論之發展：與本土經驗研究的對話》專題研討會論文。
14. 張荳雲、朱永昌，1994，〈組織場域的浮現：台灣醫療產業的研究〉，《中研院民族所集刊》，第77期，頁157-192。
15. 陳東升，1992，〈制度學派理論對正式組織的解析〉，《台灣大學社會科學論叢》，第40期，頁111-133。
16. 陳東升，1993，〈醫療組織關係的制度理論分析〉，《中國社會學刊》，第17期，頁101-126。
17. 陳敦源，2001，〈新制度論的範圍與方法：一個理性選擇觀點的方法論檢視〉，《行政暨政策學報》第三期。
18. 代圓圓、鐘素艷、劉娜，《我國農村醫療保障體系的完善與發展》，淮海醫藥第26卷第5期，2008。
19. 張磊、劉琳，《對我國農村醫療體制變遷的再考察》，湖北社會科學，北京師範大學經濟與資源研究院，2007。
20. 許正中，《社會醫療保險：制度選擇與管理模式》，社會科學文獻出版社，2002。

21. 魯元春主編,《站在十字路口的中國醫療保險改革—北京大學 00 級保險班暑期實踐論文集》, 2000。
22. 劉瑞華,〈新制度主義: 返回大理論或經濟學帝國主義政治學〉,《政治學報》,第 32 期,台北:中國政治學會秘書處,2001,頁 209-229。
23. 陳俊峰主編,《城鎮職工基本診療專案的篩選及其支付標準的確定》,中國衛生經濟,2002。
24. 魯元春,《中國醫療保險制度改革的現狀、成效及前景分析》,北京大學校長基金論文集,2003。
25. 詹長春、周綠林,《對弱勢群體醫療保障問題的初步探討》,中國衛生經濟,2002。
26. 王倩、周寧,《關於北京市醫療制度改革及醫療保險的調查報告和初步分析》,中華醫院管理學會,2001。
27. 朱玲,《公辦村級衛生室對保障基本醫療保健服務供給的作用》,中國人口科學(2000 年第 4 期),2000。
28. 陳德昇,《中共國務院機構改革之研究(1978-1998)》,台北:永業出版社,1999。
29. 鄭學稼,《列寧主義國家論之批判》,台北:國防部總政治作戰部,1974。
30. 羅賽男、馬愛霞,《國內藥品採購新模式的比較分析》,亞洲社會藥學,2007。
31. 姚秀韻,《中國醫療服務業投資機會之探討》,國立中山大學大陸研究所博士論文,2003。
32. 《衛生事業發展“一十五”規劃綱要》,中國中央政府國務院,2007。
33. 《中華人民共和國衛生部統計年報》,中國中央政府衛生部,1997-2007。
34. 《南京市藥房託管工作操作參考手冊》,南京市「藥房託管」工作協調小組辦公室,2007。
35. 新華網, <http://72.14.203.132>
36. 何忠虎、魯元春,《從經濟學角度談醫改》, <http://theory.people.com.cn>
37. 曾弦,《我國醫療保險制度改革分析》, <http://218.246.21.135:81>
38. 《2007 年中國衛生統計提要》,中國衛生部, <http://www.moh.gov.cn>
39. 《North「制度論」與明清經濟中的組織、法律與文化》,邱澎生,中研院史語所,2001, <http://www.sinica.edu.tw/~pengshan/>
40. 海虹醫藥交易網, <http://www.eyaotong.com>
41. 昆山培力藥品有限公司, [yaochang.yaofangwang.com/2715](http://yaochang.yaofangwang.com/2715)
42. 永信藥品工業股份有限公司, [www.yisp.com.tw/](http://www.yisp.com.tw/)
43. 《台灣健保制度 美德媒體都誇》,自由時報大紀元編譯魏國金, [www.dajiyuan.com](http://www.dajiyuan.com)
44. 《毒奶悲歌 中國死亡數遭掩飾》,奇摩新聞, <http://tw.news.yahoo.com/article/url/d/a/081117/11/19ko6.html>
45. 《2008 年世界衛生報告》,世界衛生組織, <http://www.who.int/whr/2008/summary/zh/index.html>
46. 《陳竺高強: 走中國特色衛生改革發展道路使人人享有基本醫療衛生服務》,中國疾病預防控制中心, <http://www.chinacdc.net.cn/n272442/n272530/n272742/21476.html>

#### 英文

1. DiMaggio, Paul, and Walter W. Powell, “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality,” in Walter W. Powell, and Paul J. DiMaggio eds., *The New Institutionalism In Organizational Analysis*. Chicago: the University of Chicago Press(1991), 63-82.

2. Ellen M Immergut, "The Theoretical Core of the New Institutionalism." *Politics & Science*, Vol.26, No.1(1998),pp.18.
3. Ellis RP, McGuire TG. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economics Perspectives* 1993;7(4):135 – 51.
4. Grafstein, Robert. 1992 *Institutional Realism: Social and Political Constraints on Rational Actors*. New Haven: Yale University Press.
5. Hall, Peter A. & Rosemary C. R. Taylor, "Political Science and the Three New Institutionalisms." *Political Studies* (London), Vol.44, No.5(1996).
6. Jakab M, Liu Y. Reforming the health care system in a transitional economy: experiences from Hungary, Czech Republic and Poland. In: Hung P, Minas H, Liu Y, Dahlgren G, Hsiao W, editors. *Efficient, equity-oriented strategies for health international perspectives—focus on Vietnam*. Melbourne: University of Melbourne, 2000.
7. Kato, Junko, "Review Article: Institutions and Rationality in Politics— Three Varieties of Neo-Institutionalists," *British Journal of Political Science*, no. 26(1996), 533-582.
8. Koeble Thomas A., "The New Institutionalism in Political Science and Sociology," *Comparative Politics*, vol. 27, no. 2(1995), 231-243.
9. Le Grand J. Competition, cooperation, or control? *Tales from the British National Health Service*. *Health Affairs* 1999;18(3):27 – 39.
10. Liu X, Liu Y, Chen N. The Chinese experience of hospital price regulation. *Health Policy and Planning* 2000;15(2):157 – 63.
11. North Douglass C. 1992, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press.
12. Phuong D. Issues of equity and effectiveness in health care in Vietnam. In: Hung P, Minas H, Liu Y, Dahlgren G, Hsiao W, editors. *Efficient, equity-oriented strategies for health international perspectives—focus on Vietnam*. Melbourne: University of Melbourne, 2000.
13. *People's Daily Overseas Edition*. August 16, 2001.
14. Rutherford, Malcolm, *Institutions in Economics : The Old and the New Institutionalism*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994..
15. Selznick, Philip, "Institutionalism 'Old' and 'New' " *Administrative Science Quarterly*, vol. 41(1996), 270-277.
16. Shafritz, J.M., Ott, J.T., & Jang, Y.S.(2004). *Classics of Organization Theory*. Wadsworth Publishing..
17. Thelen, Kathleen, and Steven Steinmo, "Historical Institutionalism in Comparative Politics," in Steven Steinmo eds., *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. New York: Cambridge University Press(1992), 1-33.
18. Yip WC, Hsiao WC. Medical saving accounts: lessons from China. *Health Affairs* 1997;16(6):244-51.
19. Zhang X. *Correctly understanding the relationship between need and feasibility of health insurance reforms*. Shanghai: Shanghai Social Insurance Bureau, 1999.

## 附錄一

### 醫療機構管理條例

國務院令 第 149 號

頒布日期：19940226 實施日期：19940901 頒布單位：國務院

#### 第一章 總 則

第一條 爲了加強對醫療機構的管理，促進醫療衛生事業的發展，保障公民健康，制定本條例。

第二條 本條例適用於從事疾病診斷、治療活動的醫院、衛生院、療養院、門診部、診所、衛生所（室）以及急救站等醫療機構。

第三條 醫療機構以救死扶傷，防病治病，爲公民的健康服務爲宗旨。

第四條 國家扶持醫療機構的發展，鼓勵多種形式興辦醫療機構。

第五條 國務院衛生行政部門負責全國醫療機構的監督管理工作。

縣級以上地方人民政府衛生行政部門負責本行政區域內醫療機構的監督管理工作。

中國人民解放軍衛生主管部門依照本條例和國家有關規定，對軍隊的醫療機構實施監督管理。

#### 第二章 規劃布局和設置審批

第六條 縣級以上地方人民政府衛生行政部門應當根據本行政區域內的人口、醫療資源、醫療需求和現有醫療機構的分布狀況，制定本行政區域醫療機構設置規劃。

機關、企業和事業單位可以根據需要設置醫療機構，並納入當地醫療機構的設置規劃。

第七條 縣級以上地方人民政府應當把醫療機構設置規劃納入當地的區域衛生發展規劃和城鄉建設發展總體規劃。

第八條 設置醫療機構應當符合醫療機構設置規劃和醫療機構基本標準。醫療機構基本標準由國務院衛生行政部門制定。

第九條 單位或者個人設置醫療機構，必須經縣級以上地方人民政府衛生行政部門審查批准，並取得設置醫療機構批准書，方可向有關部門辦理其他手續。

第十條 申請設置醫療機構，應當提交下列文件：

- （一）設置申請書；
- （二）設置可行性研究報告；
- （三）選址報告和建築設計平面圖。

第十一條 單位或者個人設置醫療機構，應當按照以下規定提出設置申請：

(一) 不設床位或者床位不滿 100 張的醫療機構，向所在地的縣級人民政府衛生行政部門申請；

(二) 床位在 100 張以上的醫療機構和專科醫院按照省級人民政府衛生行政部門的規定申請。

第十二條 縣級以上地方人民政府衛生行政部門應當自受理設置申請之日起 30 日內，作出批准或者不批准的書面答復；批准設置的，發給設置醫療機構批准書。

第十三條 國家統一規劃的醫療機構的設置，由國務院衛生行政部門決定。

第十四條 機關、企業和事業單位按照國家醫療機構基本標準設置為內部職工服務的門診部、診所、衛生所（室），報所在地的縣級人民政府衛生行政部門備案。

### 第三章 登 記

第十五條 醫療機構執業，必須進行登記，領取《醫療機構執業許可證》。

第十六條 申請醫療機構執業登記，應當具備下列條件：

(一) 有設置醫療機構批准書；

(二) 符合醫療機構的基本標準；

(三) 有適合的名稱、組織機構和場所；

(四) 有與其開展的業務相適應的經費、設施、設備和專業衛生技術人員；

(五) 有相應的規章制度；

(六) 能夠獨立承擔民事責任。

第十七條 醫療機構的執業登記，由批准其設置的人民政府衛生行政部門辦理。

按照本條例第十三條規定設置的醫療機構的執業登記，由所在地的省、自治區、直轄市人民政府衛生行政部門辦理。

機關、企業和事業單位設置的為內部職工服務的門診部、診所、衛生所（室）的執業登記，由所在地的縣級人民政府衛生行政部門辦理。

第十八條 醫療機構執業登記的主要事項：

(一) 名稱、地址、主要負責人；

(二) 所有制形式；

(三) 診療科目、床位；

(四) 注冊資金。

第十九條 縣級以上地方人民政府衛生行政部門自受理執業登記申請之日起 45 日內，根據本條例和醫療機構基本標準進行審核。審核合格的，予以登記，發給《醫療機構執業許可證》；審核不合格的，將審核結果以書面形式通知申請人。

第二十條 醫療機構改變名稱、場所、主要負責人、診療科目、床位，必須

向原登記機關辦理變更登記。

第二十一條 醫療機構歇業，必須向原登記機關辦理注銷登記。經登記機關核準後，收繳《醫療機構執業許可證》。

醫療機構非因改建、擴建、遷建原因停業超過 1 年的，視為歇業。

第二十二條 床位不滿 100 張的醫療機構，其《醫療機構執業許可證》每年校驗 1 次；床位在 100 張以上的醫療機構，其《醫療機構執業許可證》每 3 年校驗 1 次。校驗由原登記機關辦理。

第二十三條 《醫療機構執業許可證》不得偽造、涂改、出賣、轉讓、出借。《醫療機構執業許可證》遺失的，應當及時申明，並向原登記機關申請補發。

#### 第四章 執業

第二十四條 任何單位或者個人，未取得《醫療機構執業許可證》，不得開展診療活動。

第二十五條 醫療機構執業，必須遵守有關法律、法規和醫療技術規範。

第二十六條 醫療機構必須將《醫療機構執業許可證》、診療科目、診療時間和收費標準懸挂于明顯處所。

第二十七條 醫療機構必須按照核準登記的診療科目開展診療活動。

第二十八條 醫療機構不得使用非衛生技術人員從事醫療衛生技術工作。

第二十九條 醫療機構應當加強對醫務人員的醫德教育。

第三十條 醫療機構工作人員上崗工作，必須佩帶載有本人姓名、職務或者職稱的標牌。

第三十一條 醫療機構對危重病人應當立即搶救。對限于設備或者技術條件不能診治的病人，應當及時轉診。

第三十二條 未經醫師(士)親自診查病人，醫療機構不得出具疾病診斷書、健康證明書或者死亡證明書等證明文件；未經醫師(士)、助產人員親自接產，醫療機構不得出具出生證明書或者死產報告書。

第三十三條 醫療機構施行手術、特殊檢查或者特殊治療時，必須徵得患者同意，並應當取得其家屬或者關係人同意並簽字；無法取得患者意見時，應當取得家屬或者關係人同意並簽字；無法取得患者意見又無家屬或者關係人在場，或者遇到其他特殊情況時，經治醫師應當提出醫療處置方案，在取得醫療機構負責人或者被授權負責人員的批准後實施。

第三十四條 醫療機構發生醫療事故，按照國家有關規定處理。

第三十五條 醫療機構對傳染病、精神病、職業病等患者的特殊診治和處理，應當按照國家有關法律、法規的規定辦理。

第三十六條 醫療機構必須按照有關藥品管理的法律、法規，加強藥品管理。

- 第三十七條 醫療機構必須按照人民政府或者物價部門的有關規定收取醫療費用，詳列細項，並出具收據。
- 第三十八條 醫療機構必須承擔相應的預防保健工作，承擔縣級以上人民政府衛生行政部門委托的支援農村、指導基層醫療衛生工作等任務。
- 第三十九條 發生重大災害、事故、疾病流行或者其他意外情況時，醫療機構及其衛生技術人員必須服從縣級以上人民政府衛生行政部門的調遣

## 第五章 監督管理

- 第四十條 縣級以上人民政府衛生行政部門行使下列監督管理職權：
- (一) 負責醫療機構的設置審批、執業登記和校驗；
  - (二) 對醫療機構的執業活動進行檢查指導；
  - (三) 負責組織對醫療機構的評審；
  - (四) 對違反本條例的行為給予處罰。
- 第四十一條 國家實行醫療機構評審制度，由專家組成的評審委員會按照醫療機構評審辦法和評審標準，對醫療機構的執業活動、醫療服務質量等進行綜合評價。
- 醫療機構評審辦法和評審標準由國務院衛生行政部門制定。
- 第四十二條 縣級以上地方人民政府衛生行政部門負責組織本行政區域醫療機構評審委員會。
- 醫療機構評審委員會由醫院管理、醫學教育、醫療、醫技、護理和財務等有關專家組成。評審委員會成員由縣級以上地方人民政府衛生行政部門聘任。
- 第四十三條 縣級以上地方人民政府衛生行政部門根據評審委員會的評審意見，對達到評審標準的醫療機構，發給評審合格證書；對未達到評審標準的醫療機構，提出處理意見。

## 第六章 罰 則

- 第四十四條 違反本條例第二十四條規定，未取得《醫療機構執業許可證》擅自執業的，由縣級以上人民政府衛生行政部門責令其停止執業活動，沒收非法所得和藥品、器械，並可以根據情節處以 1 萬元以下的罰款。
- 第四十五條 違反本條例第二十二條規定，逾期不校驗《醫療機構執業許可證》仍從事診療活動的，由縣級以上人民政府衛生行政部門責令其限期補辦校驗手續；拒不校驗的，吊銷其《醫療機構執業許可證》。
- 第四十六條 違反本條例第二十三條規定，出賣、轉讓、出借《醫療機構執業許可證》的，由縣級以上人民政府衛生行政部門沒收非法所得，並可以處以 5000 元以下的罰款；情節嚴重的，吊銷其《醫

療機構執業許可證》。

第四十七條 違反本條例第二十七條規定，診療活動超出登記範圍的，由縣級以上人民政府衛生行政部門予以警告、責令其改正，並可以根據情節處以 3000 元以下的罰款；情節嚴重的，吊銷其《醫療機構執業許可證》。

第四十八條 違反本條例第二十八條規定，使用非衛生技術人員從事醫療衛生技術工作的，由縣級以上人民政府衛生行政部門責令其限期改正，並可以處以 5000 元以下的罰款；情節嚴重的，吊銷其《醫療機構執業許可證》。

第四十九條 違反本條例第三十二條規定，出具虛假證明文件的，由縣級以上人民政府衛生行政部門予以警告；對造成危害後果的，可以處以 1000 元以下的罰款；對直接責任人員由所在單位或者上級機關給予行政處分。

第五十條 沒收的財物和罰款全部上交國庫。

第五十一條 當事人對行政處罰決定不服的，可以依照國家法律、法規的規定申請行政復議或者提起行政訴訟。當事人對罰款及沒收藥品、器械的處罰決定未在法定期限內申請復議或者提起訴訟又不履行的，縣級以上人民政府衛生行政部門可以申請人民法院強制執行。

## 第七章 附 則

第五十二條 本條例實施前已經執業的醫療機構，應當在條例實施後的 6 個月內，按照本條例第三章的規定，補辦登記手續，領取《醫療機構執業許可證》。

第五十三條 外國人在中華人民共和國境內開設醫療機構及香港、澳門、臺灣居民在內地開設醫療機構的管理辦法，由國務院衛生行政部門另行制定。

第五十四條 本條例由國務院衛生行政部門負責解釋。

第五十五條 本條例自 1994 年 9 月 1 日起施行。1951 年政務院批准發布的《醫院診所管理暫行條例》同時廢止。

## 附錄二

### 醫療事故處理條例

國務院令 第 351 號

頒布日期：20020404 實施日期：20020901 頒布單位：國務院

#### 第一章 總 則

第一條 爲了正確處理醫療事故，保護患者和醫療機構及其醫務人員的合法權益，維護醫療秩序，保障醫療安全，促進醫學科學的發展，制定本條例。

第二條 本條例所稱醫療事故，是指醫療機構及其醫務人員在醫療活動中，違反醫療衛生管理法律、行政法規、部門規章和診療護理規範、常規，過失造成患者人身損害的事故。

第三條 處理醫療事故，應當遵循公開、公平、公正、及時、便民的原則，堅持實事求是的科學態度，做到事實清楚、定性準確、責任明確、處理恰當。

第四條 根據對患者人身造成的損害程度，醫療事故分爲四級：  
一級醫療事故：造成患者死亡、重度殘疾的；  
二級醫療事故：造成患者中度殘疾、器官組織損傷導致嚴重功能障礙的；  
三級醫療事故：造成患者輕度殘疾、器官組織損傷導致一般功能障礙的；  
四級醫療事故：造成患者明顯人身損害的其他後果的。  
具體分級標準由國務院衛生行政部門制定。

#### 第二章 醫療事故的預防與處置

第五條 醫療機構及其醫務人員在醫療活動中，必須嚴格遵守醫療衛生管理法律、行政法規、部門規章和診療護理規範、常規，恪守醫療服務職業道德。

第六條 醫療機構應當對其醫務人員進行醫療衛生管理法律、行政法規、部門規章和診療護理規範、常規的培訓和醫療服務職業道德教育。

第七條 醫療機構應當設置醫療服務質量監控部門或者配備專（兼）職人員，具體負責監督本醫療機構的醫務人員的醫療服務工作，檢查醫務人員執業情況，接受患者對醫療服務的投訴，向其提供諮詢服務。

第八條 醫療機構應當按照國務院衛生行政部門規定的要求，書寫並妥善保管病歷資料。

因搶救急危患者，未能及時書寫病歷的，有關醫務人員應當在搶救結束後 6 小時內據實補記，並加以注明。

- 第九條 嚴禁涂改、偽造、隱匿、銷毀或者搶奪病歷資料。
- 第十條 患者有權復印或者復制其門診病歷、住院志、體溫單、醫囑單、化驗單（檢驗報告）、醫學影像檢查資料、特殊檢查同意書、手術同意書、手術及麻醉記錄單、病理資料、護理記錄以及國務院衛生行政部門規定的其他病歷資料。
- 患者依照前款規定要求復印或者復制病歷資料的，醫療機構應當提供復印或者復制服務並在復印或者復制的病歷資料上加蓋證明印記。復印或者復制病歷資料時，應當有患者在場。
- 醫療機構應患者的要求，為其復印或者復制病歷資料，可以按照規定收取工本費。具體收費標準由省、自治區、直轄市人民政府價格主管部門會同同級衛生行政部門規定。
- 第十一條 在醫療活動中，醫療機構及其醫務人員應當將患者的病情、醫療措施、醫療風險等如實告知患者，及時解答其諮詢；但是，應當避免對患者產生不利後果。
- 第十二條 醫療機構應當制定防范、處理醫療事故的預案，預防醫療事故的發生，減輕醫療事故的損害。
- 第十三條 醫務人員在醫療活動中發生或者發現醫療事故、可能引起醫療事故的醫療過失行為或者發生醫療事故爭議的，應當立即向所在科室負責人報告，科室負責人應當及時向本醫療機構負責醫療服務質量監控的部門或者專（兼）職人員報告；負責醫療服務質量監控的部門或者專（兼）職人員接到報告後，應當立即進行調查、核實，將有關情況如實向本醫療機構的負責人報告，並向患者通報、解釋。
- 第十四條 發生醫療事故的，醫療機構應當按照規定向所在地衛生行政部門報告。
- 發生下列重大醫療過失行為的，醫療機構應當在 1 2 小時內向所在地衛生行政部門報告：
- （一）導致患者死亡或者可能為二級以上的醫療事故；
  - （二）導致 3 人以上人身損害後果；
  - （三）國務院衛生行政部門和省、自治區、直轄市人民政府衛生行政部門規定的其他情形。
- 第十五條 發生或者發現醫療過失行為，醫療機構及其醫務人員應當立即採取有效措施，避免或者減輕對患者身體健康的損害，防止損害擴大。
- 第十六條 發生醫療事故爭議時，死亡病例討論記錄、疑難病例討論記錄、上級醫師查房記錄、會診意見、病程記錄應當在醫患雙方在場的情況下封存和啓封。封存的病歷資料可以是復印件，由醫療機構保管。

第十七條 疑似輸液、輸血、注射、藥物等引起不良後果的，醫患雙方應當共同對現場實物進行封存和啓封，封存的現場實物由醫療機構保管；需要檢驗的，應當由雙方共同指定的、依法具有檢驗資格的檢驗機構進行檢驗；雙方無法共同指定時，由衛生行政部門指定。疑似輸血引起不良後果，需要對血液進行封存保留的，醫療機構應當通知提供該血液的採供血機構派員到場。

第十八條 患者死亡，醫患雙方當事人不能確定死因或者對死因有異議的，應當在患者死亡後 48 小時內進行屍檢；具備屍體凍存條件的，可以延長至 7 日。屍檢應當經死者近親屬同意並簽字。屍檢應當由按照國家有關規定取得相應資格的機構和病理解剖專業技術人員進行。承擔屍檢任務的機構和病理解剖專業技術人員有進行屍檢的義務。醫療事故爭議雙方當事人可以請法醫病理學人員參加屍檢，也可以委派代表觀察屍檢過程。拒絕或者拖延屍檢，超過規定時間，影響對死因判定的，由拒絕或者拖延的一方承擔責任。

第十九條 患者在醫療機構內死亡的，屍體應當立即移放太平間。死者屍體存放時間一般不得超過 2 周。逾期不處理的屍體，經醫療機構所在地衛生行政部門批准，並報經同級公安部門備案後，由醫療機構按照規定進行處理。

### 第三章 醫療事故的技術鑒定

第二十條 衛生行政部門接到醫療機構關於重大醫療過失行為的報告或者醫療事故爭議當事人要求處理醫療事故爭議的申請後，對需要進行醫療事故技術鑒定的，應當交由負責醫療事故技術鑒定工作的醫學會組織鑒定；醫患雙方協商解決醫療事故爭議，需要進行醫療事故技術鑒定的，由雙方當事人共同委托負責醫療事故技術鑒定工作的醫學會組織鑒定。

第二十一條 設區的市級地方醫學會和省、自治區、直轄市直接管轄的縣（市）地方醫學會負責組織首次醫療事故技術鑒定工作。省、自治區、直轄市地方醫學會負責組織再次鑒定工作。必要時，中華醫學會可以組織疑難、復雜並在全國有重大影響的醫療事故爭議的技術鑒定工作。

第二十二條 當事人對首次醫療事故技術鑒定結論不服的，可以自收到首次鑒定結論之日起 15 日內向醫療機構所在地衛生行政部門提出再次鑒定的申請。

第二十三條 負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會應當建立專家庫。專家庫由具備下列條件的醫療衛生專業技術人員組成：  
（一）有良好的業務素質和執業品德；  
（二）受聘于醫療衛生機構或者醫學教學、科研機構並擔任相

應專業高級技術職務3年以上。

符合前款第(一)項規定條件並具備高級技術任職資格的法醫可以受聘進入專家庫。

負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會依照本條例規定聘請醫療衛生專業技術人員和法醫進入專家庫，可以不受行政區域的限制。

第二十四條 醫療事故技術鑒定，由負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會組織專家鑒定組進行。

參加醫療事故技術鑒定的相關專業的專家，由醫患雙方在醫學會主持下從專家庫中隨機抽取。在特殊情況下，醫學會根據醫療事故技術鑒定工作的需要，可以組織醫患雙方在其他醫學會建立的專家庫中隨機抽取相關專業的專家參加鑒定或者函件諮詢。

符合本條例第二十三條規定條件的醫療衛生專業技術人員和法醫有義務受聘進入專家庫，並承擔醫療事故技術鑒定工作。

第二十五條 專家鑒定組進行醫療事故技術鑒定，實行合議制。專家鑒定組人數為單數，涉及的主要學科的專家一般不得少於鑒定組成員的二分之一；涉及死因、傷殘等級鑒定的，並應當從專家庫中隨機抽取法醫參加專家鑒定組。

第二十六條 專家鑒定組成員有下列情形之一的，應當回避，當事人也可以以口頭或者書面的方式申請其回避：

- (一) 是醫療事故爭議當事人或者當事人的近親屬的；
- (二) 與醫療事故爭議有利害關係的；
- (三) 與醫療事故爭議當事人有其他關係，可能影響公正鑒定的。

第二十七條 專家鑒定組依照醫療衛生管理法律、行政法規、部門規章和診療護理規範、常規，運用醫學科學原理和專業知識，獨立進行醫療事故技術鑒定，對醫療事故進行鑒別和判定，為處理醫療事故爭議提供醫學依據。

任何單位或者個人不得幹擾醫療事故技術鑒定工作，不得威脅、利誘、辱罵、毆打專家鑒定組成員。

專家鑒定組成員不得接受雙方當事人的財物或者其他利益。

第二十八條 負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會應當自受理醫療事故技術鑒定之日起5日內通知醫療事故爭議雙方當事人提交進行醫療事故技術鑒定所需的材料。

當事人應當自收到醫學會的通知之日起10日內提交有關醫療事故技術鑒定的材料、書面陳述及答辯。醫療機構提交的有關醫療事故技術鑒定的材料應當包括下列內容：

- (一) 住院患者的病程記錄、死亡病例討論記錄、疑難病例討論記錄、會診意見、上級醫師查房記錄等病歷資料原件；
- (二) 住院患者的住院志、體溫單、醫囑單、化驗單（檢驗報告）、醫學影像檢查資料、特殊檢查同意書、手術同意書、手術及麻醉記錄單、病理資料、護理記錄等病歷資料原件；
- (三) 搶救急危患者，在規定時間內補記的病歷資料原件；
- (四) 封存保留的輸液、注射用物品和血液、藥物等實物，或者依法具有檢驗資格的檢驗機構對這些物品、實物作出的檢驗報告；
- (五) 與醫療事故技術鑒定有關的其他材料。

在醫療機構建有病歷檔案的門診、急診患者，其病歷資料由醫療機構提供；沒有在醫療機構建立病歷檔案的，由患者提供。醫患雙方應當依照本條例的規定提交相關材料。醫療機構無正當理由未依照本條例的規定如實提供相關材料，導致醫療事故技術鑒定不能進行的，應當承擔責任。

第二十九條 負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會應當自接到當事人提交的有關醫療事故技術鑒定的材料、書面陳述及答辯之日起45日內組織鑒定並出具醫療事故技術鑒定書。  
負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會可以向雙方當事人調查取證。

第三十條 專家鑒定組應當認真審查雙方當事人提交的材料，聽取雙方當事人的陳述及答辯並進行核實。  
雙方當事人應當按照本條例的規定如實提交進行醫療事故技術鑒定所需要的材料，並積極配合調查。當事人任何一方不予配合，影響醫療事故技術鑒定的，由不予配合的一方承擔責任。

第三十一條 專家鑒定組應當在事實清楚、證據確鑿的基礎上，綜合分析患者的病情和個體差異，作出鑒定結論，並制作醫療事故技術鑒定書。鑒定結論以專家鑒定組成員的過半數通過。鑒定過程應當如實記載。

醫療事故技術鑒定書應當包括下列主要內容：

- (一) 雙方當事人的基本情況及要求；
- (二) 當事人提交的材料和負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會的調查材料；
- (三) 對鑒定過程的說明；
- (四) 醫療行為是否違反醫療衛生管理法律、行政法規、部門規章和診療護理規範、常規；
- (五) 醫療過失行為與人身損害後果之間是否存在因果關係；

- (六) 醫療過失行為在醫療事故損害後果中的責任程度；
- (七) 醫療事故等級；
- (八) 對醫療事故患者的醫療護理醫學建議。

第三十二條 醫療事故技術鑒定辦法由國務院衛生行政部門制定。

第三十三條 有下列情形之一的，不屬於醫療事故：

- (一) 在緊急情況下為搶救垂危患者生命而採取緊急醫學措施造成不良後果的；
- (二) 在醫療活動中由于患者病情異常或者患者體質特殊而發生醫療意外的；
- (三) 在現有醫學科學技術條件下，發生無法預料或者不能防範的不良後果的；
- (四) 無過錯輸血感染造成不良後果的；
- (五) 因患方原因延誤診療導致不良後果的；
- (六) 因不可抗力造成不良後果的。

第三十四條 醫療事故技術鑒定，可以收取鑒定費用。經鑒定，屬於醫療事故的，鑒定費用由醫療機構支付；不屬於醫療事故的，鑒定費用由提出醫療事故處理申請的一方支付。鑒定費用標準由省、自治區、直轄市人民政府價格主管部門會同同級財政部門、衛生行政部門規定。

#### 第四章 醫療事故的行政處理與監督

第三十五條 衛生行政部門應當依照本條例和有關法律、行政法規、部門規章的規定，對發生醫療事故的醫療機構和醫務人員作出行政處理。

第三十六條 衛生行政部門接到醫療機構關於重大醫療過失行為的報告後，除責令醫療機構及時採取必要的醫療救治措施，防止損害後果擴大外，應當組織調查，判定是否屬於醫療事故；對不能判定是否屬於醫療事故的，應當依照本條例的有關規定交由負責醫療事故技術鑒定工作的醫學會組織鑒定。

第三十七條 發生醫療事故爭議，當事人申請衛生行政部門處理的，應當提出書面申請。申請書應當載明申請人的基本情況、有關事實、具體請求及理由等。

當事人自知道或者應當知道其身體健康受到損害之日起1年內，可以向衛生行政部門提出醫療事故爭議處理申請。

第三十八條 發生醫療事故爭議，當事人申請衛生行政部門處理的，由醫療機構所在地的縣級人民政府衛生行政部門受理。醫療機構所在地是直轄市的，由醫療機構所在地的區、縣人民政府衛生行政部門受理。

有下列情形之一的，縣級人民政府衛生行政部門應當自接到醫

療機構的報告或者當事人提出醫療事故爭議處理申請之日起7日內移送上一級人民政府衛生行政部門處理：

- (一) 患者死亡；
- (二) 可能為二級以上的醫療事故；
- (三) 國務院衛生行政部門和省、自治區、直轄市人民政府衛生行政部門規定的其他情形。

第三十九條 衛生行政部門應當自收到醫療事故爭議處理申請之日起10日內進行審查，作出是否受理的決定。對符合本條例規定，予以受理，需要進行醫療事故技術鑒定的，應當自作出受理決定之日起5日內將有關材料交由負責醫療事故技術鑒定工作的醫學會組織鑒定並書面通知申請人；對不符合本條例規定，不予受理的，應當書面通知申請人並說明理由。

當事人對首次醫療事故技術鑒定結論有異議，申請再次鑒定的，衛生行政部門應當自收到申請之日起7日內交由省、自治區、直轄市地方醫學會組織再次鑒定。

第四十條 當事人既向衛生行政部門提出醫療事故爭議處理申請，又向人民法院提起訴訟的，衛生行政部門不予受理；衛生行政部門已經受理的，應當終止處理。

第四十一條 衛生行政部門收到負責組織醫療事故技術鑒定工作的醫學會出具的醫療事故技術鑒定書後，應當對參加鑒定的人員資格和專業類別、鑒定程序進行審核；必要時，可以組織調查，聽取醫療事故爭議雙方當事人的意見。

第四十二條 衛生行政部門經審核，對符合本條例規定作出的醫療事故技術鑒定結論，應當作為對發生醫療事故的醫療機構和醫務人員作出行政處理以及進行醫療事故賠償調解的依據；經審核，發現醫療事故技術鑒定不符合本條例規定的，應當要求重新鑒定。

第四十三條 醫療事故爭議由雙方當事人自行協商解決的，醫療機構應當自協商解決之日起7日內向所在地衛生行政部門作出書面報告，並附具協議書。

第四十四條 醫療事故爭議經人民法院調解或者判決解決的，醫療機構應當自收到生效的人民法院的調解書或者判決書之日起7日內向所在地衛生行政部門作出書面報告，並附具調解書或者判決書。

第四十五條 縣級以上地方人民政府衛生行政部門應當按照規定逐級將當地發生的醫療事故以及依法對發生醫療事故的醫療機構和醫務人員作出行政處理的情況，上報國務院衛生行政部門。

## 第五章 醫療事故的賠償

第四十六條 發生醫療事故的賠償等民事責任爭議，醫患雙方可以協商解

決；不願意協商或者協商不成的，當事人可以向衛生行政部門提出調解申請，也可以直接向人民法院提起民事訴訟。

第四十七條 雙方當事人協商解決醫療事故的賠償等民事責任爭議的，應當制作協議書。協議書應當載明雙方當事人的基本情況和醫療事故的原因、雙方當事人共同認定的醫療事故等級以及協商確定的賠償數額等，並由雙方當事人在協議書上簽名。

第四十八條 已確定為醫療事故的，衛生行政部門應醫療事故爭議雙方當事人請求，可以進行醫療事故賠償調解。調解時，應當遵循當事人雙方自願原則，並應當依據本條例的規定計算賠償數額。經調解，雙方當事人就賠償數額達成協議的，制作調解書，雙方當事人應當履行；調解不成或者經調解達成協議後一方反悔的，衛生行政部門不再調解。

第四十九條 醫療事故賠償，應當考慮下列因素，確定具體賠償數額：

- (一) 醫療事故等級；
  - (二) 醫療過失行為在醫療事故損害後果中的責任程度；
  - (三) 醫療事故損害後果與患者原有疾病狀況之間的關係。
- 不屬於醫療事故的，醫療機構不承擔賠償責任。

第五十條 醫療事故賠償，按照下列項目和標準計算：

- (一) 醫療費：按照醫療事故對患者造成的人身損害進行治療所發生的醫療費用計算，憑據支付，但不包括原發病醫療費用。結案後確實需要繼續治療的，按照基本醫療費用支付。
- (二) 誤工費：患者有固定收入的，按照本人因誤工減少的固定收入計算，對收入高于醫療事故發生地上一年度職工年平均工資 3 倍以上的，按照 3 倍計算；無固定收入的，按照醫療事故發生地上一年度職工年平均工資計算。
- (三) 住院膳食補助費：按照醫療事故發生地國家機關一般工作人員的出差膳食補助標準計算。
- (四) 陪護費：患者住院期間需要專人陪護的，按照醫療事故發生地上一年度職工年平均工資計算。
- (五) 殘疾生活補助費：根據傷殘等級，按照醫療事故發生地居民年平均生活費計算，自定殘之月起最長賠償 3 0 年；但是，6 0 周歲以上的，不超過 1 5 年；7 0 周歲以上的，不超過 5 年。
- (六) 殘疾用具費：因殘疾需要配置補償功能器具的，憑醫療機構證明，按照普及型器具的費用計算。
- (七) 喪葬費：按照醫療事故發生地規定的喪葬費補助標準計算。
- (八) 被扶養人生活費：以死者生前或者殘疾者喪失勞動能力前實際扶養且沒有勞動能力的人為限，按照其戶籍所在地或

者居所地居民最低生活保障標準計算。對不滿16周歲的，扶養到16周歲。對年滿16周歲但無勞動能力的，扶養20年；但是，60周歲以上的，不超過15年；70周歲以上的，不超過5年。

(九) 交通費：按照患者實際必需的交通費用計算，憑據支付。

(十) 住宿費：按照醫療事故發生地國家機關一般工作人員的出差住宿補助標準計算，憑據支付。

(十一) 精神損害撫慰金：按照醫療事故發生地居民年平均生活費計算。造成患者死亡的，賠償年限最長不超過6年；造成患者殘疾的，賠償年限最長不超過3年。

第五十一條 參加醫療事故處理的患者近親屬所需交通費、誤工費、住宿費，參照本條例第五十條的有關規定計算，計算費用的人數不超過2人。

醫療事故造成患者死亡的，參加喪葬活動的患者的配偶和直係親屬所需交通費、誤工費、住宿費，參照本條例第五十條的有關規定計算，計算費用的人數不超過2人。

第五十二條 醫療事故賠償費用，實行一次性結算，由承擔醫療事故責任的醫療機構支付。

## 第六章 罰 則

第五十三條 衛生行政部門的工作人員在處理醫療事故過程中違反本條例的規定，利用職務上的便利收受他人財物或者其他利益，濫用職權，玩忽職守，或者發現違法行為不予查處，造成嚴重後果的，依照刑法關於受賄罪、濫用職權罪、玩忽職守罪或者其他有關罪的規定，依法追究刑事責任；尚不夠刑事處罰的，依法給予降級或者撤職的行政處分。

第五十四條 衛生行政部門違反本條例的規定，有下列情形之一的，由上級衛生行政部門給予警告並責令限期改正；情節嚴重的，對負有責任的主管人員和其他直接責任人員依法給予行政處分：

(一) 接到醫療機構關於重大醫療過失行為的報告後，未及時組織調查的；

(二) 接到醫療事故爭議處理申請後，未在規定時間內審查或者移送上一級人民政府衛生行政部門處理的；

(三) 未將應當進行醫療事故技術鑒定的重大醫療過失行為或者醫療事故爭議移交醫學會組織鑒定的；

(四) 未按照規定逐級將當地發生的醫療事故以及依法對發生醫療事故的醫療機構和醫務人員的行政處理情況上報的；

(五) 未依照本條例規定審核醫療事故技術鑒定書的。

第五十五條 醫療機構發生醫療事故的，由衛生行政部門根據醫療事故等級和情節，給予警告；情節嚴重的，責令限期停業整頓直至由原發證部門吊銷執業許可證，對負有責任的醫務人員依照刑法關於醫療事故罪的規定，依法追究刑事責任；尚不夠刑事處罰的，依法給予行政處分或者紀律處分。

對發生醫療事故的有關醫務人員，除依照前款處罰外，衛生行政部門並可以責令暫停6個月以上1年以下執業活動；情節嚴重的，吊銷其執業證書。

第五十六條 醫療機構違反本條例的規定，有下列情形之一的，由衛生行政部門責令改正；情節嚴重的，對負有責任的主管人員和其他直接責任人員依法給予行政處分或者紀律處分：

- (一) 未如實告知患者病情、醫療措施和醫療風險的；
- (二) 沒有正當理由，拒絕為患者提供復印或者復制病歷資料服務的；
- (三) 未按照國務院衛生行政部門規定的要求書寫和妥善保管病歷資料的；
- (四) 未在規定時間內補記搶救工作病歷內容的；
- (五) 未按照本條例的規定封存、保管和啓封病歷資料和實物的；
- (六) 未設置醫療服務質量監控部門或者配備專（兼）職人員的；
- (七) 未制定有關醫療事故防范和處理預案的；
- (八) 未在規定時間內向衛生行政部門報告重大醫療過失行為的；
- (九) 未按照本條例的規定向衛生行政部門報告醫療事故的；
- (十) 未按照規定進行屍檢和保存、處理屍體的。

第五十七條 參加醫療事故技術鑒定工作的人員違反本條例的規定，接受申請鑒定雙方或者一方當事人的財物或者其他利益，出具虛假醫療事故技術鑒定書，造成嚴重後果的，依照刑法關於受賄罪的規定，依法追究刑事責任；尚不夠刑事處罰的，由原發證部門吊銷其執業證書或者資格證書。

第五十八條 醫療機構或者其他有關機構違反本條例的規定，有下列情形之一的，由衛生行政部門責令改正，給予警告；對負有責任的主管人員和其他直接責任人員依法給予行政處分或者紀律處分；情節嚴重的，由原發證部門吊銷其執業證書或者資格證書：

- (一) 承擔屍檢任務的機構沒有正當理由，拒絕進行屍檢的；
- (二) 涂改、偽造、隱匿、銷毀病歷資料的。

第五十九條 以醫療事故為由，尋釁滋事、搶奪病歷資料，擾亂醫療機構正

常醫療秩序和醫療事故技術鑒定工作，依照刑法關於擾亂社會秩序罪的規定，依法追究刑事責任；尚不夠刑事處罰的，依法給予治安管理處罰。

## 第七章 附 則

第六十條 本條例所稱醫療機構，是指依照《醫療機構管理條例》的規定取得《醫療機構執業許可證》的機構。

縣級以上城市從事計劃生育技術服務的機構依照《計劃生育技術服務管理條例》的規定開展與計劃生育有關的臨床醫療服務，發生的計劃生育技術服務事故，依照本條例的有關規定處理；但是，其中不屬於醫療機構的縣級以上城市從事計劃生育技術服務的機構發生的計劃生育技術服務事故，由計劃生育行政部門行使依照本條例有關規定由衛生行政部門承擔的受理、交由負責醫療事故技術鑒定工作的醫學會組織鑒定和賠償調解的職能；對發生計劃生育技術服務事故的該機構及其有關責任人員，依法進行處理。

第六十一條 非法行醫，造成患者人身損害，不屬於醫療事故，觸犯刑律的，依法追究刑事責任；有關賠償，由受害人直接向人民法院提起訴訟。

第六十二條 軍隊醫療機構的醫療事故處理辦法，由中國人民解放軍衛生主管部門會同國務院衛生行政部門依據本條例制定。

第六十三條 本條例自2002年9月1日起施行。1987年6月29日國務院發布的《醫療事故處理辦法》同時廢止。本條例施行前已經處理結案的醫療事故爭議，不再重新處理。

## 附錄三 訪談紀錄

### 訪談紀錄一

時間：2009年2月6日 16:00

地點：XX 電子公司 會議室

訪談對象：總經理

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？

看病很貴，員工去醫院看病太貴了，看一次就大半個月薪水，醫院衛生條件不好，我有一次經驗就是小孩子晚上發燒帶去醫院急診，只有兩個醫生在看病，一堆人亂排隊都沒有按照順序也沒掛號，醫生看病慢吞吞的，等到有病患給醫生看完大家就搶著坐到看診的椅子上，病人發燒醫生就叫他去抽血、驗尿一些感覺都亂作檢驗，而且台商去看病的話會多加一條台商特殊服務費 60 元人民幣，然後這個台商專門的醫生例如主治腸胃科但是他可以看其他科別，不管是大病小病根他的專業有沒有關他都可以幫你看病非常的不專業，看診完之後你也不用去拿藥護士就會幫你拿了，但是要給護士錢護士才會幫你拿藥和打針，還有一次經驗很有趣，有一次感冒真的快不行了就趕快去找認識的醫生，然後我跟醫生說我什麼台灣帶來的成藥都吃了怎麼都沒效果，結果醫生回答說「台灣的病毒跟大陸的病毒不一樣所以吃台灣的要怎麼會好，我開大陸的要給你就會好了。」也拿了一大包的藥，所以說這裡的情況真的很糟糕。

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？

很差。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？

台商只有私人的保險，員工有保險。

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？

幫員工辦醫療保險。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？

沒什麼感覺有在改革，我在大陸逼不得已我是不會在大陸看病的。

第六題：對於醫改政策的評價如何？

有保險是不錯只是還不是很成熟。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？

對員工有點保障，重大的病才有用，平常也不會去社區門診看病都買成藥吃而已，例如有員工手被機器切斷或者受傷才會去大醫院，然後要去評級看看傷殘指數是多少級數，看住院有多少的津貼由醫療保險支付。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

衛生環正糟糕到不行服務怎麼會好，看病的時候會先問你帶了多少錢假裝帶了 400 塊醫院就開給你 399 塊的藥留一塊錢給你坐車回家，這是真實的情形沒有誇張，還有一次員工手指流血去急診，護士就叫員工傷口按住人就走了也不理你，過了一小時才過來幫你包傷口，包完傷口就叫你要住院怕傷口會裂開，又叫你手指一個月都不能動只能維持那姿勢不然傷口會裂開，也由於大陸的人民醫療知識的不充足，所以醫生護士說怎樣就是怎樣，整體的素質和服務態度真的很糟糕。

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

不可能，素質太低了，只能依靠在大陸的台灣醫生了。

## 訪談紀錄二

時間：2009 年 2 月 6 日 11:00

地點：XX 傢俱製品有限公司 會議室

訪談對象：會計主任

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？

台商在大陸有專門的優先門診，不用排隊直接去門診，員工買了職工基本醫療保險住院可以報銷 95%，平時生病感冒可以報銷 80%，職工基本醫療保險個人負擔大概 20%(87.4 人民幣)，公司則是負擔大概 40%(147.6 人民幣)，記得要帶身分證和社保卡，農村的話住院可以報銷 60%，平時生病感冒可以報銷 80%，農民社保額度低管理區統一繳費個人負擔比較少所以報銷比較少

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？

越來越完善，因為以前沒有社區門診，直到 2008 年才有社區門診，偏僻的地方就沒這些服務。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？

員工有醫療保險，社會保險卡裡面會有醫療保險、養老保險，滿 15 年就可以領退休金，流動性的人就沒有保險只有家鄉農保，所以會去私人醫院相對會比公立醫院便宜，台商沒有保險。

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？

有職工基本醫療保險，偏僻的地方沒有保險，慢慢會全國普及。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？

員工比較了解，因為住院可以報銷，看門診可以報銷，退休金可以領，失業還有失業輔助金，會自動幫你轉農村保險，社保局會發開會通知要台商去參加會議，強制員工一定要有保險。

第六題：對於醫改政策的評價如何？

越來越完善只是人口太多地方太大要慢慢實行政策，沒辦法一下就全部都實行。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？

對員工影響比較大住院的時候可以去報銷，台商的話就是要強制幫員工保險多了公司負擔。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

有比較好了，政府會幫忙負擔醫療費用。

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

掛號或者收費窗口可以開設多一點，因為人太多了。

### 訪談紀錄三

時間：2009年2月8日 10:00

地點：XX五金公司會議室

訪談對象：總經理

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？

去看病就是先打點滴，自己的經驗也是去先打點滴，藥帶回來是捧一個箱子，醫療服務跟台灣差很多，醫生的素質也沒台灣好，感覺醫院很像是在賣藥的沒有醫德，有錢會幫你醫，沒錢就會趕你出去，因為之前我的司機撞到人帶去醫院就先繳了三萬塊的人民幣，還不購錢還多貼了幾百塊錢，醫院還問你還要不要再繳錢，看了一下被撞的那一個人不會死了我就說不要了，然後醫院就把人趕出去了，所以醫院就是以賺錢為目的。

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？

不好，以營利為目的。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？

台商沒有醫療保險員工則有，政府強制要台商保員工保險。

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？  
社會保險。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？

醫療跟台灣差很多，我的員工眼睛被髒東西噴到，到了醫院去掛號也因為那間醫院沒有眼科所以醫院自動幫他掛耳科，醫院覺得這個沒什麼，之後就沒去看耳科，我就載他去有眼科的醫院了，為什麼會這樣也就是醫院以賺錢為目的，還有一次我喝醉手去撞到很痛又很腫半夜跑去醫院看病，醫生問我怎麼了我說手摔傷很痛沒辦法動，醫生就叫我把手舉起來讓他看一下，我就說就很痛沒辦法動還叫我舉起來，醫生還回我說你不動我怎麼知道你有沒有問題，我就是動不了不然找你幹嘛，然後他就叫我去照 X 光還去照超音波，看一看醫生說沒事阿，吃藥就好了結果捧一大堆的藥回去吃了也沒效。

第六題：對於醫改政策的評價如何？

我覺得不要以營利為目的，醫療素質醫生水準可以好一點。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？

不會想在大陸看病。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

很差沒有道德觀念，真的是以賺錢為目的。

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

可能還要十幾二十年，中國人口太多了要全民健保還不可能，民眾的醫療素養也很差。

## 訪談紀錄四

時間：2009 年 2 月 6 日 16:00

地點：XX 公司 協理室

訪談對象：協理

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？

台商會去比較遠的地方給台商醫生看，但是大部分都是自備藥，但是我不會在這邊就醫都是回台灣看，員工是隨便看。

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？  
不好，很貴，服務態度台灣是 100 分的話大陸大概 60~70 分。。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？  
員工有社會保險，台商在台灣保

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？  
也就是社會保險。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？  
有了解，因為要幫員工加保所以要了解一下。

第六題：對於醫改政策的評價如何？  
還好，因為對公司有個保障。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？  
如果有大病的話有保險可以幫忙負擔，只有這樣的影響。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？  
跟之前差不多，頂多有了保險多了個保障。

第九題：評估大陸醫療服務品質提升的可能性？為什麼？  
不予置評，因為不了解醫生是如何培養出來的，所以醫生素質好的話應該就有提升的可能性。

## 訪談紀錄五

時間：2009 年 2 月 6 日 17：00

地點：XX 公司 副總辦公室

訪談對象：副總

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？  
對大陸醫療的不信任感，所以不會在這邊看病，只有真的不行才會在這裡就醫，能吃台灣自己帶來的藥就吃台灣的，不行的話就會飛回台灣就醫。

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？

沒有醫德，偽藥成品一堆和醫生亂使用藥物，看病還有分等級員工看病可能 50 塊人民幣老闆看可能要三四百塊人民幣，所以非常的差。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？

台商不是大陸國民所以無法加他們的健保，廈門長庚醫院可以使用台灣健保卡。

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？

大陸保險制度不健全，賠償率太低了，所以都在台灣保險就好了。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？

我享受不到他們的醫療政策所以不會去了解。

第六題：對於醫改政策的評價如何？

城市跟農村有差別，只對有錢的城市先進行醫改，而且有紅包制度什麼都要錢，有一次員工腎臟長腫瘤要割下來，我就塞了 4~5 萬人民幣的紅包給醫生，醫生在動手術中還把割下來的腎臟給我看跟我說副總你看我沒有割錯是這顆腎臟長腫瘤，我看完之後醫生又說我先進去幫他縫合傷口了，真是很誇張，由於我塞的紅包很大所以他就拿出來給我看還沒幫我的員工縫合傷口，所以說對於這個評價很差。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？

對於台商或者員工有個保障，雖然這保障沒有說很好但是多多少少有個保障。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

我 11 年來沒有去看過病所以不知怎麼回答。

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

大陸如果大量開放外商醫院叫入可大幅提升醫療品質，有外商醫院來刺激的話進步會比較快。

## 訪談紀錄六

時間：2009 年 2 月 7 日 15：00

地點：XX 公司 會議室

訪談對象：總經理

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？

根據我 2 次去醫院的經驗就是先打點滴打半個小時，等醫生在等一個小時半，對於醫院的印象很差，所以都要自己帶藥，員工的話就自己買成藥除非很嚴重才會去看，還有公司付錢的話更願意去看。

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？

等醫生來要等很久，所以醫生還是不夠的，護士也不足而且很像也有無照的，醫生不專業骨科可能去看感冒，感冒也有可能去看骨科很複雜，評價很差。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？

我自己在這邊沒有保險，跟台灣差很多所以不會在這裡保險。

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？

對於大陸沒有安全感在這裡看不如回台灣看，之前半個臉麻痺不能動，在這邊吃了很多偏方看了醫生都沒有用，叫你電療、拔罐，之後回台灣看病吃了藥大概 2 個月就完全康復了，所以即使有了保險也不想申請。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？

不了解，因為已經不相信大陸的醫療就不想了解了。

第六題：對於醫改政策的評價如何？

不知道不了解。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？

需要幫員工繳納一些保險。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

醫生素質不是很好，在看診的時候會抽煙，然後有不成文的規定就是在動手術一定要包紅包，如果是權威的醫生還要包更多錢，看一個感冒至少也要 80~90 元人民幣，不知道是醫生還是賣藥的，沒有什麼醫德。

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

人員素質要提升，而且醫護人員不足，沿海地區跟內地醫院設備有差，應該沿海和內地應該要平均。

訪談紀錄七

時間：2009年2月7日 22:00

地點：XX家俱公司 會議室

訪談對象：廖總

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？

在大陸已經八年，只有一次手受傷在大陸就醫，當時只有去縫合傷口而已其他換藥拆線都是自己來，因為不相信大陸的醫療技術、環境衛生、醫生護士水準，其他的大病小病一定飛回台灣看。醫院還有很奇怪的現象就是你腳痛去看病的時候醫院會幫你照腦部超音波、胸部X光、檢查血液、身家有沒有遺傳病、幫你全身檢查，腳痛醫頭、頭痛醫腳，醫院就是這樣把台商當肥羊一直挖錢，之後跟員工說腳痛為什麼要照腦波如果要照腦波自己付錢，這樣員工就不敢去照腦波了，大陸的醫療真的很誇張，是以營利為目的。

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？

很爛，這醫療就要問我老婆因為身體比較差一點，曾經小感冒去醫院就醫不曉得醫院幫他打什麼藥三天三夜沒辦法閉眼睡覺，眼睛很像金魚眼，所以感覺很爛，員工也因為看病醫療費用太貴也不太敢去看，看一次病就要花好幾個月的薪水實在負擔不起，可是如果員工看病是花台商公司的錢，員工會連小毛病都去醫院看病，就像手不小心流血一點點的小傷口他們也會跑去看病。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？

中國政府強迫台商要幫員工買保險，台商是在台灣有買私人的保險。

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？

保就是保社會保險，如果沒有保險就不幫他保了，雖然政府有強制要幫員工保險，但是上有政策下有對策。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？

全世界所有福利國家不可能會對人民實施的政策，全部都把這種政策要台商公司對大陸員工實施，把台商當作肥羊，例如大陸政府要台商幫員工保五種積金，到現在我都還搞不清楚是哪五種積金，其中有一種叫住房供積金，要台商幫員工存一筆錢買房子用，員工賺一塊錢花一塊二自己買房子不存錢還要台商幫忙存錢，真的很奇怪的政策，但是上有政策下有對策能不幫他們保就不幫他們保。

第六題：對於醫改政策的評價如何？

很爛，中國會改革是不可能嘛，他們的改革是把政府的快樂建築在台商的身上，這個就叫改革，每當有員工在台商公司受傷就是公司要負責花錢帶員工去醫院，他們有個觀念就是受傷了就是要多花錢反正花的錢是老闆的錢不是自己的錢，雖然員工都是有幫他們繳交社會保險可是去看病的

時候還是要先繳給醫院醫藥費，之後再拿醫院給你的單據去社會保險局申請錢，而且申請這種錢都要很久才會拿的到。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？

政府把該做的福利都給台商的公司做了，所以台商在這邊被當作肥羊一直挖，當員工受傷去就醫時都用很差的藥水幫你擦傷口而且都有用雙氧水擦傷口，然後醫院要你每天都去換藥每天都幫你擦雙氧水，這樣一個月也都不會好，因為醫院就是要錢而已嘛，反正花的錢是政府和台商的，他們的醫學常識很爛，不管傷口是否快好了都把雙氧水倒下去而且還用很大力的擦拭，護士都沒有憐憫之心，我們都是用碘酒就可以讓傷口好了，台灣的碘酒比這邊的任何藥都好用。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

有醫療保險跟沒有醫療保險的待遇是不一樣的，沒有醫療保險的去醫院原本一塊錢的藥算一塊一或者一塊二，但是你有醫療保險的話就二塊，反正去醫院就是要跟民眾挖錢，能挖多少錢就挖多少錢。護士真的很沒良心，我們傷口都會用紗布包著，換藥的時候護士會把紗布很大力的撕開把你長出來的肉都撕起來了，實在很沒良心。

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

不可能有什麼提升，只要制度是危害當前的利益永遠是推不動的，改進服務品質是不可能的，但是口號是有的，古人說學醫就是要懸浮濟世，但是大陸的醫療是把算盤掛在胸前的，看病多少錢先交出來，沒錢就回去死吧，他們是沒有懸浮濟世的觀念。

## 訪談紀錄八

時間：2009年2月6日 14:30

地點：XX公司 會議室

訪談對象：副總經理

訪談人：陳鏡仲

紀錄：

第一題：台商就醫或者員工就醫實際情況如何？為什麼？

重大疾病還是回台灣，小病還是從台灣帶來的比較多，員工買成藥比較多，醫生是金錢主義。我朋友在這邊腦溢血去到醫院等兩個小時醫生才從別的地方過來，當你要這些主治醫師過來要先包紅包不然不過來幫你看病，價錢也是要在電話中談，談好才過來看病。

第二題：台商或者員工對醫療服務的整體評價如何？為什麼？

醫生沒有醫德，打針的話一針就好了，下一次生病不給我打針是不會好的把別人的針都是沒用的，因為這個針是特效藥，所以整體評價爛。

第三題：台商或者員工是否有醫療保險？

不可能的大陸人口這麼多哪有可能實施什麼保險。

第四題：如果有保險是申請什麼樣的保險？如果沒有為何不申請？

有社會保險，台商在那邊有一張社保卡可以讓台商先看病可以不用先繳保證金。

第五題：台商或者員工是否瞭解現行醫改政策？

不了解。

第六題：對於醫改政策的評價如何？

大陸跟台灣是沒辦法比較的，而且根本沒辦法信任，當時大陸開放讓台商來設廠的優惠政策可以在無時無刻的改變，而且都是在逼迫台商，當時所說的讓台商免稅，當你開始做生意就用海關來抓你，罰一次動不動就是幾十萬幾百萬，大陸根本就不去你去繳稅金嘛，大陸官方還是強迫派一個人來當廠長監視你的一舉一動，只要你有什麼違規就會去打小報告，所以一些台商沒注意的話就會被抓，如果他要求加薪或者其他的需求你不理他的話，他會挖個洞給你跳讓你罰錢或者被關，只要他去通報就有獎金，所以有其他好的政策都要小心會有陷阱。

第七題：醫療改革後對於台商或者員工就醫有何實際影響？

台商絕對不信任大陸的醫療改革，去到醫院第一個動作，到急診室先掛號繳錢點滴插著然後等一兩個鐘頭醫生在來看你，東問西問跟你說什麼病在開藥方，開完藥後先再付錢買藥，買回來後打針再躺再那裡三四個鐘頭，醫生再過來看你然後跟你講說你這個需要住院，看病回來會抱一堆藥回來大概有五公斤的藥，醫院根本就是在賣藥的。

第八題：對於醫改後的醫療服務的整體評價如何？為什麼？

程度跟我們相差甚遠，台灣的護士在學校就有受到良好的教育經過考試才可以出來當護士，而大陸的護士隨隨便便護士衣服穿著就是護士了，整體評價就是差。

第九題：評估大陸醫療服務品質提昇的可能性？為什麼？

沒有信心，因為在大陸找不到信任的醫生。