

科技部補助專題研究計畫成果報告

(期末報告)

從市場化、商品化走向平等主義？： 中國醫療體系改革的論辯分析

計畫類別： 個別型計畫

計畫編號：MOST 100-2410-H343-018-MY2

執行期間：100 年 08 月 01 日至 103 年 06 月 31 日

執行機構及系所：南華大學生死學系

計畫主持人：魏書娥

共同主持人：呂建德(第 2 年)

計畫參與人員：吳育珊、張國偉、葉曉穎、鄭鈞豪、洪作綱、
劉軒宇、沈聿昕、潘采儀、趙峻逸、方東旆

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 11 份：

■執行移地研究心得報告 6

■出席國際學術會議心得報告 5

期末報告處理方式：

1. 公開方式：

非列管計畫，兩年後可公開查詢

2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現： 否 是

3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考 否 是，

衛福部；經濟部

中 華 民 國 103 年 09 月 20 日

從市場化、商品化走向平等主義？：

中國醫療體系改革的論辯分析

摘要

近年來，醫療政策與社會政策學界探討中國經濟轉型對於健康照護體系影響的研究方興未艾，特別是中國在改革開放之後，對於中國城市與鄉村原有健康保障體系將產生哪些衝擊與因應對策，乃成為重要的議題。1980 前中國的醫療保障制度主要是公費醫療與勞保醫療制度。1980 年代中期之後，在市場化經濟政策的導引下，嘗試以引進市場競爭策略來強化醫療供給者的服務誘因。然而，隨著醫療供給者之間的惡性競爭與醫療市場中所謂供給創造需求的扭曲結構，相應地也必須在醫療體系私有化策略上進行配套性的改革。中國國務院的社會發展中心就對於十五年來的醫療體系改革過度向供給者傾斜給予相當負面的評價，並且在社會各界引起廣泛的迴響。

其次，許多統計數據顯示，在私有化策略的衝擊之下，一般城市居民的醫療不平等條件與進入醫療體系障礙確實有日趨不穩定的趨勢。本研究將以江蘇省的公立醫院改革為例，分析各地方政府採取不同改革策略的原因、過程與後果。在田野研究中將分析宿遷（私有化）、鎮江（整合式社會保險）與無錫（管辦分離）三個不同的改革模式，我們將聚焦於地方政府與醫院間的策略互動，分析影響地方政府採取不同改革策略的路徑、因素與後果。

關鍵詞： 中國醫療體制改革、市場化、私有化、商品化、平等主義

From Marketization, Commodification to Egalitarianism? the controversy analysis of Chinese Health Care System Reform

Abstract

Recently, the impact of market transition on Chinese health care system has caught wide attention among the scholars of health and social policy studies. Particularly after the economic reform era, how the health care system in urban and rural areas has been transformed by the marketization process is especially crucial. Before 1980, the Chinese health care system was mainly dominated by the government-financed and labor insurance system. After 1980, the marketization strategy has been adopted by the policy-maker to improve the economic incentives of medical provider.

However, the malicious competition between providers and the information asymmetry within medical market results in accessibility and inequality problems for the low-income households. The structural reform of Chinese health care system has therefore sparked wide debate among the Chinese society. This research aims to evaluate these reform options, particularly focus on their impacts on the health inequality. The three model in Jiansu Province during the hospital reform will be examined in the field study. The Suchen (privatization model), Chen-Qian (integrated social insurance) and Wu-Shi (autonomization model) seems to demonstrate the three typical models in Chinese health care and hospital reform. The path, process and consequences of the reform will be examined in terms of analysis of strategically interaction between local governments and hospitals.

Keywords: Chinese health care system reform, marketization, privatization, commodification, egalitarianism

一、前言¹

中國在歷經三十年的改革開放過程後，經濟表現相當成功並引起國際的廣泛重視。這些表現包括：經濟成長率的快速提高、外人直接投資的上升、國民實質所得的提高、貧窮率的下降等等。不過，如同許多學者與觀察家所指出的，中國快速的經濟成長也帶來了所得不均惡化、生態環境破壞、城鄉區域差距擴大以及健康照護體系過度市場化、醫療服務提供商品化等現象。本研究將針對自 90 年代開始中國政界與學界提出就環繞其醫療改革市場化的論述，以及對市場化論述提出的批判分別加以梳理與分析，以理解中國醫療改革是在什麼樣的背景下展開的；其主要政治邏輯與過程為何，以及產生了那些後果。

二、研究目的

2013年10月中國國家發展改革委員會發佈《國務院關於促進健康服務業發展的若干意見》，對於自2009年《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》推動的醫藥衛生體制改革的成效進行自我評估，中國官方認為其完成了「重大階段性成效」，強調「全民醫保基本實現，基本醫療衛生制度初步建立」，這是先求有再求好的制度建立初階目標，也就是尚停留在「保基本、強基層、建機制」原則的階段而已。然而，堅持「醫療衛生制度作為一項公共產品」、「完善基本藥物制度」、「積極推進公立醫院改革」、「統籌推進公共衛生服務均等化」等四項，衡諸醫藥衛生體制改革的終極目標而言，則是中國官方2009年推動「深化醫改」以來，企望通過歷年指示意見早日達到的「人人享有基本醫療衛生服務」原則的階段。中國醫藥衛生體制的改革看來治絲益棼，並非無跡可循。2009年推動的「新醫改」反映出過去舊醫改的滯礙難行，在於制度改革的行動載體與制度目標的關係無法清楚定位。

早在2005年7月中國國務院發展研究中心曾發表《中國醫療衛生體制改革》研究報告，認為「目前中國的醫療衛生體制改革基本不成功」。這個報告指出：現在醫療衛生體制出現商業化、市場化傾向是完全錯誤的，違背了醫療衛生事業在中國必須肩負公益性職責的基本規律；導致醫療服務公平性下降和衛生投入的宏觀效率低下。這個報告結果在社會產生了強烈的共鳴。社會各界紛紛聲討「看病難、看病貴」的問題，醫療衛生體制的問題和改革成為社會的焦點（葛延風與貢森，2007）。

就制度屬性而言，新醫改方案同時橫跨公共衛生、醫療服務、藥品、社會福利等學術領域，牽涉覆蓋城鄉居民的公共衛生服務體系、醫療服務體系、醫療保障體系、藥品供應保障體系等四個制度改革面向（江蘇省醫保研究會，2010）。而這四者之間的關係反映出誰是核心誰是次要，因而誰先誰後等改革

¹ 本研究感謝主要報導人在歷次田野訪談的相關協助，並且感謝科技部的研究經費支持。

排序的問題益顯複雜，醫藥衛生體系改革在中國究竟是社會福利事務？醫藥事務？抑或公共衛生事務？這些問題實際上又關聯到主管改革事項的中央到地方政府相關行政部門，諸如國家發展改革委員會、商務部、衛生部/局、財政部/局、人力資源社會保障部/局，甚至隨老年安養議題還會牽涉民政部/局等行政單位橫向與直向之間的定位協調問題。不過，至少各方凝聚出一種關於新醫改的制度設計要先健全醫療保險供給面的觀點，未來完整的中國醫療保障體系將可能包括由下向上四層次的醫療保險類型：醫療救助制度、基本醫療保險制度、商業醫療保險制度、個人志願的醫療儲蓄計畫(孔德香等，2010: 406)。

對於這項新醫改方案重點改革的醫療服務提供者公立醫院而言，來自醫院管理階層的解讀可以濃縮成五大重點，分別是醫保、基本藥物、基層醫療服務體系、公共服務均等化以及公立醫院改革，直接參與在公立醫院改革政策論辯過程的華南理工大學同濟醫藥衛生管理學院副院長方鵬騫更是斷言，「新醫療體制改革的成敗關鍵取決於公立醫院改革的成敗」(長江日報，2009.04.07.)。而江蘇省北區淮安市公立醫院的具體經驗是藉由「城鎮職工醫療保險」向「全民社會醫療保險」轉型拓展，以達成低費用優品質的醫療服務目標，其中公立醫院適應醫療保險的改革項目則有 1.建立醫療機構與醫保機構之間平等協商的談判機制；2.建立與醫保能力相適應的收益標準；3.建立科學可行的費用結算和付費方式；4.醫院建立完善的醫保考核獎懲制度並嚴格管控成本核算；5.多方與醫保機構溝通，並結合補充保險、社會互助保險等多種保險型式以提供優質醫療服務等五項(陳小飛等，2010)。

總體而言，公立醫院在中國新醫改的規劃方案中似乎被賦與具體的行動者單元角色，擔任著火車頭般的領航功能，政策規劃者期待公立醫院為首要改革核心單元，以帶動涵括公共衛生服務體系、醫療服務體系、醫療保險體系、藥品供應保障體系等四個制度面向的整體改革。順此，本計劃的研究進一步聚焦在各級公立醫院，探討中國醫藥衛生體制裡的公立醫院在 2009 年新醫改方案裡被賦予的角色以及被期待發揮的功能，是否確如中國醫藥衛生專家的觀察，擔負舉足輕重的關鍵位置，以及其在城鎮地方實際運作的機制與變革。

三、文獻探討

一)、 歷年新醫改相關文件的政策分析

早在2005年7月中國國務院發展研究中心曾發表《中國醫療衛生體制改革》研究報告，認為「目前中國的醫療衛生體制改革基本不成功」。這個報告指出：現在醫療衛生體制出現商業化、市場化傾向是完全錯誤的，違背了醫療衛生事業在中國必須肩負公益性職責的基本規律；導致醫療服務公平性下降和衛生投入的宏觀效率低下。這個報告結果在社會產生了強烈的共鳴。社會各界紛紛聲討「看病難、看病貴」的問題，醫療衛生體制的問題和改革成為社會的焦點(葛

延風與貢森，2007)。

接著五年之後，2009年四月六日基於建立「具有中國特色的醫藥衛生體制」，實現「人人享有基本醫療衛生服務」的目標，中共中央國務院再次提出了《中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見》作為實踐的綱領文件，並且接續發佈《國務院關於醫藥衛生體制改革近期重點實施方案(2009-2011年)》，具體規劃三年內的落實要項與路徑。前者改革意見揭櫫達成改革追求的一個總體目標在「建立覆蓋城鄉居民的基本醫療衛生制度」；建構基本醫療衛生制度的四大體系包括「公共衛生服務體系、醫療服務體系、醫療保障體系、藥品供應保障體系」；保障四大體系有效運轉的八大支撐規範則是「完善醫藥衛生管理、運行、投入、價格、監管、科技與人材體制機制、資訊、法制的建設」(中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會 2009年03月17日)。後者實施方案則確立要達成五大改革重點，包括有「加快推進基本醫療保障制度建設、初步建立國家基本藥物制度、健全基層醫療衛生服務體系、促進基本公共衛生服務逐步均等化、推進公立醫院改革試點」等，作為普及基本醫療保障覆蓋範圍的基礎，並且提昇基本醫療衛生服務的可及性來降低「看病難」，減輕民眾醫藥費用負擔以舒緩「看病貴」等醫藥衛生陳疴(中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會 2009年04月07日)。

前述改革意見的文件當中，一開始就明白揭示「深化醫藥衛生體制改革是一項涉及面廣、難度大的社會系統工程」，無法一蹴可幾，因而「是一項十分複雜艱巨的任務，是一個漸進的過程」。這項社會系統工程面對的是「看病難、看病貴」現象背後隱藏的三層連環相扣的制度殘缺問題，舉凡當前中國「醫藥衛生事業發展水平」與民眾「健康需求」及「經濟社會協調發展需求」三者之間的**社會系統內部矛盾**；存在已久的「城鄉和區域醫療衛生事業發展不平衡，資源配置不合理」，「公共衛生和農村、社區醫療衛生工作比較薄弱」等**社會不均問題**；「醫療保障制度不健全，藥品生產流通秩序不規範，醫院管理體制和運行機制不完善，政府衛生投入不足」，以致於「醫藥費用上漲過快，個人負擔過重」等**配套制度不周**的癥節。同時，這份改革意見還意識到醫藥衛生體制改革深化推進時，適逢中國社會以全社會的整體現代化轉型工程難以逃避的全球化挑戰，包括必須回應來自工業化、都市化、人口高齡化、疾病譜變化、生態環境變化等社會系統外部的壓力。

乍看之下，這份改革意見針對舊醫藥衛生體制的診斷思路有據，理路清晰，層次分明，診治分段有序。短期至2011年先建立過去付之闕如的全覆蓋基本醫療保障制度和基本藥物制度；推進普及化過去不健全的城鄉基層醫療衛生服務體系和基本公共衛生服務體系；突破公立醫院改革試點進程。遠至2020年完善城鄉基層醫療衛生服務體系和基本公共衛生服務體系；完成醫保體系健全化與藥品供應保障體系規範化；促成科學化的醫療衛生機構管理體制與運行機制，以及形成多元辦醫格局。相對地，實施方案更直接點明深化改革需要「分階段有重點地推進」，但是首先要先著力解決公平問題，所以必須扣緊達成醫

療衛生事業的公益性，強調五項改革重點。對照改革意見和實施方案兩份文件之間的關係，其實是對整套醫藥體制改革的遠期目標和近期目標的不同階段發展的前後規劃，雖具備宏觀調控企圖，但承認中央規劃政策受限於既有地方條件，而必須加以預先調整成符合地方落實的有限具體方案，所以醫藥體制改革的實施方案限縮在四大體系內部的各自改善方針，體系之間的優位順序與牽動關係未被明確處理；作為提供醫療衛生服務和公共衛生服務的各級公立醫院則被圈定成實踐醫療社會公益性不可退讓的載體，卻未清處闡釋堅持醫療衛生服務作為公共產品之際，如何適時既導入醫療衛生事業的市場機制，又避免醫療服務商品化的困境。

於是針對各級地方政府，先後在 2010 年發佈一份建立醫療衛生事業的文件《關於進一步鼓勵和引導社會資本舉辦醫療機構的意見》，這份文件在中央層級就牽涉發改委、衛生部、財政部、商務部、人社部等五個政府部門(中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會 2010 年 12 月 06 日)；2011 年發佈一份公立醫院試點改革的文件《2011 年公立醫院改革試點工作安排》(中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會 2011 年 03 月 07 日)。這兩份文件正是承認推動新醫改是要改變過去醫改經驗出現「政府在公共醫療衛生領域嚴重缺位」的教訓，並且直接提出「地方政府」對醫療衛生領域不缺位的指示，是矯正公立醫院「為了生存和發展，過度醫療，盲目趨利」，甚至「為了『甩包袱』，把醫療機構一賣了之，完全推向市場，放棄了政府的責任」等錯誤的發展路徑(《人民日報》人民時評，2009 年 04 月 07 日)。也因為這項社會工程做出堅持醫療衛生事業公益性的宣示性調整，這兩份文件的內涵經中國官方媒體解讀後，被濃縮成七項重點向社會公佈：1.將基本醫療衛生制度設計作為公共產品；2.為緩減「看病貴」而擴大到覆蓋全民的醫保制度；3.對城鄉居民都均等化提供的基本公共衛生服務；4.為遏止不當獲利而實施的基本藥物制度；5.為推行醫藥分立而增訂的藥事服務費；6.為強化公立醫院公益性，並且便於政府有效管制而採行的公立醫院管辦分開原則；7.為促進專業人才合理流動而創立的註冊醫師多點職業等七項改革意見(新華網，2009.04.06.)。

二)、 中國健康照護系統體系改革的觀點分析

根據 Wai-Keung Tam(2010)的分析，中國醫療衛生體系的改革主軸集中在於公立醫院部門私有化過程帶來的負面結果，以及針對結果而採行的改革對策。中國醫藥體系裡的公立醫院自 1980 年代中期以來獲得的政府財務投入經費比例不足，以及政府行部門對公立醫院的管制減弱，導致醫療服務品質與醫療資源的可接近性降低。所謂的私有化(privatization)對中國醫藥體系裡的公立醫院而言，指的是全部或者部份政府功能從公部門移轉向私部門與市場的過程。醫藥衛生體系裡的政府功能在中國涉及財務、服務提供、經營運作、投資等四大面向(ibid: 63-4)。整體而言，中國醫藥體系在 1949 年以前處於私部門主導的醫療執業階段，政府的官方管控力量付之闕如，1950 年以降毛澤東掌權階

段，醫藥體系的財務與行政完全由政府控制，1980年代起隨著經濟改革開放，醫院的門診業務首先導入私有化機制，直到1990年中期私有化更全面擴散到門診以外其他部門，醫院組織開始被區分成三級階層(三級醫院、二級醫院、社區醫療衛生單位)，2000年代起醫院屬性也開始區分出營利和非營利的差別，即使公立醫院的定位是屬於非營利性質，但因為健全財務的考量，促使過去早已經存在的「以藥養醫」日益惡化，診療與檢驗項目也開始巧立名目收取費用，形成公立醫院也普遍轉向營利發展。

因此，醫藥衛生體系的私有化在中國社會的脈絡下指的是公立醫院產權私有化；公立醫院的管理權脫離衛生行政機構的「管辦分離」機制，牽引公共醫療服務提供轉向市場化競爭；醫療服務體系和醫療保障體系之間，甚至和公共衛生服務體系，或是和藥品供應保障體系等四個制度之間的連動關係等等制度缺失不斷受到質疑與挑戰，導致公立醫院對中國醫療體系肩負的公益責任也不斷流失，在何一鵬的分析裡甚至援引中華醫學會秘書長吳江明的看法，質疑「目前中國的公立醫院並非真正公立，其中國家投入部分只佔10%，醫院需要自籌90%的資金，這些資金是『羊毛出在羊身上』，都是從患者身上來的」(2009: 525)。從公立醫院收入面反映出來的醫院私有化問題，關鍵繫於整體衛生醫療政策上國家角色在補貼制度定位所帶來的影響，也就是說，原本應該獲得大部份國家財政補貼的制度設計，卻發生衛生部政策未明確給予適度的財政支援，以致公立醫院在中國社會必須追求利潤以維持生存，逐漸喪失了公立屬性的醫院必須承擔的社會公益。環繞著公立醫院改革為核心的醫改問題歷經三次醫改雖然未成徹底解決，卻在中國政府不僅在教育領域，也在醫療衛生領域傾向「一個從普遍的國家福利模式轉向選擇性的『社會化』模式的基礎性範式轉變」的大環境下越來越明顯地凸顯出至少三項爭議性的發展，也就是醫院權屬私有化、公立醫院的市場化和醫療服務商品化問題，環繞這三項問題還牽涉到諸如醫療診斷與檢驗費用以及藥品價格管制、醫院行政管理效率與績效考核…環環相扣的改革等。

經濟領域發生市場化之後會帶來社會階層化以及所得差距擴大等不良後果，類似的階層化現象也確實會反映在醫療體系上。然而根據歐洲福利國家經驗，公共醫療保險體系內部的設計所產生的風險分擔與重分配效果，確實能降低由於市場化所帶來的所得差距擴大。很可惜地，中國醫療保險體系與醫療照護體系對於降低醫療不平等的成效似乎相當有限。1997年世界銀行一份報告指出：1992到1993年的調查發現，中國有將近41%的民眾沒有到醫院接受適當照顧，原因或者是因為過高的醫療支出或根本沒有能力支付。2002年中國衛生部門指出，許多生病的農民因怕高額的花費而猶豫去尋求醫療服務，有超過1/3的農民根本沒有尋求醫療服務。專家建議中國政府需要在健康財政上扮演一個更為積極的角色，以確保民眾醫療服務的公平的可及性(Liu et al., 2005)。這項研究主要指出的是醫療保險制度的覆蓋率問題是中國醫療改革亟需面對的焦點，在中國醫療改革的歷程當中，關於普及覆蓋率的作法牽涉到醫療保障體

系、醫療服務體系、藥品供應保障體系和公共衛生服務體系四者之間的制度關聯方式。

中國的醫療改革歷程說明的是經濟水平提升了，醫療需求與費用隨之高漲，但是中央政府卻藉由將醫療保險事務下放到地方政府，「順理成章地」將醫療費用的財務負擔也轉移到地方政府，由於各級政府的財政補貼與醫療保險體系的經營成本嚴重失衡，迫使地方政府從健全醫療保險財務的角度思考脫售醫院所有權、脫手醫院管理權或是透過費用結算方式有效控管醫院行政，來減輕肩負公共醫療的成本效益，於是，較具指標性的醫改經驗都有不同形式的市場化機制。然而，由於社會化醫療時期延續下來的醫院屬於非營利的公部門機構，因而中國醫療體系的市場化還是要參酌各地地方政府界定其與公立醫院之間的行政關係，可以說中國醫療體系的市場化其實具有私有化、醫院集團管理競爭、第三方託管(escrow)的競爭機制等三種形式，而這三種形式還是集中在降低醫療成本與擴大覆蓋率等兩大目標下應運而生，並未確實針對提升醫療服務品質以及醫療人權的保障等目標提出具體的變革(Liu et al., 2006)。

對於醫療衛生體系的公平性可以從服務供給(delivery)問題方面來分析。在過去國家社會主義階段，醫療是屬於國家必須負擔的基礎建設，醫院與醫療機構的權屬別是集體所有。中國的醫療體系即使在改革開放前也存在著「階層化」的特徵，不過這個階層化主要是因為戶口制度，以及初期「以農養工」的發展策略所形成的「城鄉二元劃分」所造成的。值得注意的是，在個別的城市與農村中，由於集體經濟包辦醫療供給的類似公醫體制，相對仍然是較為平等的。但在中國改革開放之後，國家投入資金減少，以致於醫療機構必須自行尋找維持醫療機構營運支出，或是「利潤創收」的來源，醫師與醫院必須同謀利用過度檢驗與藥品來補足政府投入不足之處。這構成了當前中國醫療「商品化」的一個重要推動力。國家在供給、財務與管制面上各角色的退卻，形成了醫療「商品化」與「階層化」的程度升高。

相對於服務提供的商品化與階層化趨勢，顧昕(2011: 3-5)期許中國醫療保障體系走城鄉統籌之路，除了擔負籌集資金、分散風險和控制費用等三項功能之外，還必須發揮醫療資源配置的功能。也就是說，國家在供給、財務面向的角色的退卻，不盡然必須也在管制面向全面退卻。因為在中國的整體制度脈絡下，所謂「市場化」只是一種「偽市場化」。他根據 Jane Duckett(2011a)和周其仁(2008)的觀點認為「國家退出」或是「福利收縮」的現象在醫療場域與在經濟領域意涵不同。醫療場域的「國家退出」只是指政府卸除了一部分責任，這並不等於政府就限制了自己管制的權力。他甚至認為更精確地應該說，發生在醫療場域的偽市場化是一種「行政型市場化」。雖然，就醫院收入而言，公立醫院是走上了商業化之路，但是就醫院營運與管制方面而言，國家並未真正退出，反而在「科室建設、分支機構設立、基礎設施建設、大型設備購置、人力資源的調配」等組織與建制以及資源配置與管制方面都需要獲得政府審核批准，再加上絕大多數「醫療服務項目和藥品價格」都是由政府制定，更何況公

立醫院發展需求的銀行貸款與自我融資還是仰賴政府核准，可以說政府對各級公立醫院依然擁有相當大的操控權(2011: 3)。綜合來說，醫藥衛生學者們的分析同意國家並未放手讓醫療領域真正市場化，那麼國家的行動者，中央和各級地方政府在醫療政策部門如何管制公立醫院，同時以管制公立醫院進一步牽動醫療保障體系、醫療服務體系、藥品供應保障體系和公共衛生服務體系四者之間的制度關聯？在中國社會的醫藥衛生領域的「偽市場化」發展和在經濟領域發生的「真」市場化發展有何不同之處？

許多研究中國地方經濟快速發展的學者觀察到中國政府——特別是地方政府——還是持續在中國經濟扮演了相當重要的角色(Oi,1992; 2005)。在地方政府的層級，商業利益與政府利益緊密地結合在一起。以 Oi 的話來說：「中國的地方政府成功地扮演了經濟角色，而不像其他國家僅只是行政管理以及服務的提供者。」，Oi 將國家與地方經濟合併稱做「地方組合主義」。她認為，利益集合的一個重要的理由是地方政府在推動當地經濟利益時能從中獲取部分利益，轉而提供福利以及公共服務給當地人民，也就是顧昕(2011)期許公立醫院發揮的資源配置的功能。如同 Aitchison(1997)、Huang(2009)、Tam(2010)與 Hsiao(2007: 244)在分析中國醫療體系改革過程中指出的，與前蘇聯醫院歸中央衛生部直接管理不同 (Rowland and Telyukov, 1991)，在「分級管理，分級所有」的精神下，醫院是歸地方政府管理的。Oi「地方組合主義」的論點主要是用來解釋中國農村地區鄉鎮企業快速工業化的制度架構，這個邏輯是否也能適用於社會部門，特別是公立醫院部門？關於這個問題 Jane Duckett(2011b)在討論 1980 年代初期中國鄉村地區的合作醫療體制失敗的原因時，已經注意到單用經濟發展的觀點尚不足以充分解釋全貌，在經濟因素背後，中國鄉村地方基層官員對於中央政府的衛生部門對於醫療體制的觀點和立場表現出非常敏銳的回應態度，當中央政府決定放棄農村合作醫療，放任赤腳醫生收取醫療費用，讓鄉村衛生體制改走專業而講究科學技術的現代化之路，村里基層官員隨著中央政策轉向的敏銳配合態度，對於醫療改革的推動具有相當關鍵的作用。

四、研究方法

本研究採用「多元方法策略」蒐集並分析資料。包括文獻研究法、次級資料分析、深度訪談法、田野觀察法、焦點團體法等五種，兩年的研究過程從文獻研究法、次級資料分析到對照研究準備階段訪談資料內容，修訂與執行深度訪談以及田野觀察紀錄等均依照研究計畫書規劃進行。觀察與分析主軸的第一年集中探討市場化和私有化，釐清地方縣級行政單位面臨財務空洞化趨勢提出的私有化手段，是否在經濟狀況越差的地區，地方行政管轄機構越傾向將醫院賣出，釋放公立醫院的產權，中央主管部門對賣醫院的反應。第二年集中探討市場化和商品化，探討醫療服務商品化在中國健康照護體系呈現的特定方式與條件，是否在強調醫療權與公益性同時，也容許特定類型的營利行為。

由於蘇北的宿遷市公立醫院是全中國唯一被賣出的，因此以宿遷模式作為代表典型，已於 2011 年 9 月 4 至 7 日完成了蘇北地區兩縣一市的衛生局與人保局相關人員訪談，總計蒐集到共三份筆記文本；已分別在 2012 年 7 月 2 至 12 以及 2013 年 5 月 23 至 28 日，相繼完成了無錫和蘇州的衛生局與人保局相關人員訪談，總計蒐集到共五份筆記文本。均已交由計畫助理整理成文字檔，作為進一步分析歸納的根據。此外，焦點團體過程則在宿遷訪談行程以及無錫訪談行程中前後進行，總計兩次，藉由台灣幾位研究議題相關的學者，以及一至兩位研究領域相近的大陸學者結伴同行，赴機構訪談時，各方均就自己熟悉與關注的主題交錯提出請教和意見，以相互合作支援的討論過程，探掘較多層次的全面樣貌。

相較於研究計畫書的規劃，本研究基於不同模式的比較分析之考量，額外進行了廣州模式和北京模式的田野訪談，以非正式行程的訪談記錄和間接的田野觀察總計蒐集到五份筆記文本，兩份機構參訪紀錄，兩份田野觀察紀錄。北京模式是直接承接中央政府主管部門的政策執行單元，無論是政府主管部門與醫院之間的關係，或是財政籌措規模與醫院應對政策指令的反應策略，都和地方層級不同，更是新醫改論述的主要場域，本研究計畫因而特別延伸至中央層級蒐集資料，以便和地方經驗相互對照。廣州市的醫療體系特質相較於江蘇省北中南各區的醫療體系，無論是醫療保險或是醫療服務提供層面，甚至衛生行政的管理層面，都承襲過去對外交通的開放傳統，行政溝通管道上達北京，而且提供豐富資訊，其醫療政策改革幾乎是承繼中央政府，又兼具地方特色，可以說是中國醫改整體代表性的縮影。為此，本研究計劃特別增加行程蒐集田野經驗，以珠三角醫療體系特質作為長三角醫療體系特徵的對照參考之用。以上訪談文本暨田野觀察記錄均已交由計畫助理整理成文字檔，作為進一步分析歸納的根據。

五、結果與討論（含結論與建議）

許多研究中國地方經濟快速發展的學者觀察到中國政府——特別是地方政府——持續在中國經濟扮演了相當重要的角色(Oi,1992; 2005)。在地方政府的層級，商業利益與政府利益緊密地結合在一起。以 Oi 的話來說：「中國的地方政府成功地扮演了經濟角色，而不像其他國家僅只是行政管理以及服務的提供者。」，Oi 將國家與地方經濟合併稱做「地方組合主義」。她認為，利益集合的一個重要的理由是地方政府在推動當地經濟利益時能從中獲取部分利益，轉而提供福利以及公共服務給當地人民，也就是顧昕(2011)期許公立醫院發揮的資源配置的功能。如同 Aitchison(1997)、Huang(2009)、Tam(2010)與 Hsiao(2007: 244)在分析中國醫療體系改革過程中指出的，與前蘇聯醫院歸中央衛生部直接管理不同（Rowland and Telyukov, 1991），在「分級管理，分級所有」的精神下，醫院是歸地方政府管理。而在中共地方政治的運作下，黨委書記是具有最高的決定權（Liebertal and

Lampton, 1992)。而這項關鍵的腳色在社會部門依然具有決定性的影響力，在新醫改的行動載體，公立醫院，我們可以觀察到具有這類政黨身分者，同時兼具醫院管理階層的特定職務，在對院外的公共事務接觸上承擔重要工作。

兩相對照而言，Oi「地方組合主義」的論點主要是用來解釋中國農村地區鄉鎮企業快速工業化的制度架構，這個邏輯不盡然能適用於社會部門，特別是公立醫院部門。兼具黨委書記的雙重身份者在醫院管理階層中，擔負的是平衡醫院營利化轉向，與貫徹中央新醫改政策原則的主要堅持者。因而，關於這個問題Jane Duckett(2011b)在討論1980年代初期中國鄉村地區的合作醫療體制失敗的原因時，已經注意到單用經濟發展的觀點尚不足以充分解釋全貌，在經濟因素背後，中國鄉村地方基層官員對於中央政府的衛生部門對於醫療體制的觀點和立場表現出非常敏銳的回應態度，當中央政府決定放棄農村合作醫療，放任赤腳醫生收取醫療費用，讓鄉村衛生體制改走專業而講究科學技術的現代化之路，村里基層官員隨著中央政策轉向的敏銳配合態度，對於醫療改革的推動具有相當關鍵的作用。

我們執行計畫兩年期間年數次田野訪談與研究觀察中發現，即使地方政府稅收減少，理論上應該有相當強的誘因以「私有化」方式將醫院拍賣給私人，或用其他方式將醫院某個部門交由私人承包，也就是蘇北曾經發生過的「宿遷模式」。這是2005年仇和在蘇北宿遷所推動的「賣光醫院」模式，以實踐引入「各類社會資本投資辦醫」政策，卻引起全中國極大的爭議，最後竟然在2011年又重新回頭規劃籌辦一家三級甲等公立醫院，引發研究新醫改的學者高度關注。可見，在宿遷模式的爭議經驗中，公立醫院的產權私有若可能引發醫療公益性喪失的疑慮則不會到政府與社會的普遍認可，甚至官方意見、社會輿論與學術論述越來越傾向將宿遷模式視為失敗的新醫改模式，是錯誤的發展取向。

另一方面，鎮江經驗已經是以醫療保障體系主導其與醫療服務體系、藥品供應保障體系和公共衛生服務體系之制度關聯的代表參照。鎮江的「整合式社會保險模式」，雖朝向兩相競爭且相對程度營利，其特色卻是依然保持醫院的公益性，藉由引進類似荷蘭「管理式照護」的模式，將鎮江的公立醫院區分為兩大垂直整合的醫療集團（江濱與復康兩大醫療集團），賦予民眾用腳投票的選擇權，開啟兩者間的相互競爭。鎮江醫療保險管理服務裡運用的談判機制包括跟醫療機構與社區衛生機構談「定點醫療機構」、「結算付費制度」、「社區衛生服務」、「醫療服務質量考核制度」、「就醫管理」；跟藥店談「定點藥店」；跟醫藥機構談「團購醫療服務」等等，其中「結算付費制度」是七項談判機制中運用最多也最純熟的一種，結算付費制度內部就包含多樣方式，諸如在定點一級醫療機構實施「總額控制」的結算，但在定點二級暨以上醫院施行「總額預算、彈性決算和部份疾病按病種付費」的複合結算，另外還有慢性病費用結算以及專病特約定點醫療單獨結算等四種。在有效控制整體醫療費用的快速增長之外，也透過就醫管理部分解決「異地就醫」的問題，提高了城鎮醫療保險參保人在鎮江市外就醫的醫療保障(陳新中等，2010: 341-343)。在被保險人方面則是採取全民覆蓋的社會保險模式，

運用大數法則發揮了風險分擔的效果。

第三，我們在無錫看到「管辦分離」模式，這個模式的特性是在衛生主管單位下將醫院的自主性提高，醫院可在人事與財務自主權提高，並且有較高的利潤留成。無錫的管辦分離採取成立醫院管理中心的作法，係針對9家市屬(三級)公立醫院的人事和財務部門加以監管，而衛生局全權管理專科醫院、社區衛生中心和農村醫療衛生室，組職層面上的行政職權分割帶來的正面效果是公立醫院降低了對衛生行政部門的全面依賴，在地方政府主導的基礎上引發了醫院之間的市場競爭機制，以降低政府補貼不足可能導致的虧損風險，達成公立醫院財務結構健全的目標。

負面效果則是市場機制同時不斷挑戰公立醫院提供的醫療服務原本該具備的公共財特性，因而促使醫療保險行政部門必須加強其對醫療機構的監管策略與機制，關於這點無錫市的對應策略並未成為各地改革的參照。反而是揚州儀徵市醫保部門的監管系統則採取1.完善醫療服務協議；2.將醫務人員執行醫保政策成效與工資結合建立獎懲制度；3.建立電子管理系統擴大監控門診與住院動態；4.建立定點醫療機構的加入與退出機制等四項作法，在公立醫院引入市場競爭機制之際，又得以相對強制地維持醫療資源配置的社會公平性，(江蘇省醫療保險研究會，2010: 5-7)。對照田野訪談的蒐集的文本內容，出現批評無錫管辦分離經驗基本上不成功的評論觀點是可以理解的。

如果以世界銀行在2003年關於世界公立醫院改革的三種市場化模式(Preker and Harding, 2003)，分別是「自主性」(Autonomization)、「公司化」(Corporatization)與「私有化」(Privatization)，那麼宿遷、鎮江與無錫似乎對應地採取了三種關於公立醫院不同的改革策略。在中國大陸，醫療仍是屬於公益性的主流公眾意見下，中央政府相關部門其實正藉由開放地方政府領導人會推動不同形式的醫療改革方案，相繼推廣各地公立醫院試點，中央層次推出新醫改政策的發改委、財政部、人社部、衛生部、民政部之間的制度互動關係，也經由這些公立醫院試點的成果在地方政府層次重購衛生局、財政局、人社局、民政局之間的制度互動關係，其發展依然在進行當中，在實踐新醫改原則的程度以及對民眾的醫療負擔方面至少看到了醫療保障的覆蓋率擴大和給付水準提升的正面成效，另外，藥品議價制度與基本藥物目錄建立亦見成效，相對抑制了過去「以藥養醫」的陋習。與此同時民眾企望獲得的醫療品質與醫療資源的再分配機制則是下階段的中國醫療改革努力目標。

執行計劃期間歷次田野研究蒐集到三項模式，進一步和廣州模式、北京模式的相關資料對照來看，初步可以看見中國醫療改革的新路線縱使在中央政府的統一規劃下，要在地方落實還是要重視地方條件鑲嵌的脈絡過程，中國的醫療改革發展並非簡單的政治一條鞭執行過程，亦非單純的社會主義經濟發展方式決定。中央政策所反映的平等主義意識型態要能順利結合地方的各級醫院生存條件，要能有效引導地方政府的醫療政策與醫院管理策略，可能還要更深入觀察中央層級政府主管部門與地方政府主管們在新醫改政策實踐歷程中，針對公立

醫院的制度定位與社會貢獻取得較一致的共識與治理策略來衡斷成果。

總體而言，本研究以中國江蘇省的公立醫院改革為例，聚焦於該省各地方政府與醫院間的策略互動，分析地方政府採取不同改革策略的原因、過程與後果。這項研究的分析結果首先有助於理解中國城市與鄉村自1980年代中期以來，面對市場化經濟政策整體導引下，引進醫療服務提供市場競爭機制所帶來的社會衝擊以及各地方政府提出的因應對策，因而，作為公立醫院的私有化代表案例，蘇北的宿遷醫院私有化轉型模式是觀察中國醫療市場化趨勢與程度的具體出發點。

其次，藉由中國醫藥衛生體系改革引入市場經濟，卸除醫藥衛生部門財政負擔的政策調控，以及建立醫療保障體制管控中央與地方醫藥支出經費，作為醫院管理集團化與行政控管醫療資源權力集中化案例的鎮江模式，對照無錫的管辦分離制，直接自衛生主管機構切分出醫管中心，以落實專業管理機制等兩種路徑是觀察中國醫療市場化發展之際，就其意圖經由政治與行政面向，維持醫療衛生體系公益性功能的制度平衡手段。市場化與公益性之間的推拉較量，往往具體展現在醫療服務的商品化方式與程度。觀察中國醫療發展的經驗，則是相對於既有資本主義市場經濟下的醫療體系中常見的醫療服務供給惡性競爭機制、醫療市場供需扭曲結構以及醫療管理策略傾向財務化等問題提供不同制度發展路徑的改善方略。

最後，醫療服務商品化牽動整備醫藥服務提供人力專業化等，啟動政治經濟權力與專業主義勢力之間的消極抵制關係變化，進一步探求中國醫藥衛生體系變遷對於吸納台灣社會健康照護體系專業人力與耗用醫療資源等所可能牽動的發展趨勢。綜合上述，本研究以現有的研討成果，已經相繼嘗試尋求在國內、外相關議題的研討會蒐集批評與意見後，並且進一步修改，以利投稿到專業期刊發表。

參考文獻

中文部分

- 《人民日報》人民時評，2009年04月07日)
- 中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會(2011年03月07日)
- 中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會(2010年12月06日)
- 中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會(2009年04月07日)
- 中華人民共和國國家衛生與計劃生育委員會(2009年03月17日)
- 葛延風、貢森(2007)。《中國醫改：問題、根源、出路》。北京：中國發展出版社。
- 江蘇省醫療保險研究會(2010)。《江蘇省醫療保險優秀論文匯編》。江蘇省醫療保險研究會編印。
- 江蘇省醫保研究會《新醫改對醫療保障制度的影響研究》課題組(2010)。〈新醫改視角下我國醫療保障制度的發展對策研究〉。《江蘇省醫療保險優秀論文匯編》。江蘇省醫療保險研究會編印。
- 孔德香、陳小飛、李燕(2010)。〈新醫改實施對醫療保障制度的影響之分析〉，《江蘇省醫療保險優秀論文匯編》。江蘇省醫療保險研究會編印。
- 何一鵬(2009)。〈淺析強勢聲音下的公立醫院改革〉，《江蘇省醫療保險優秀論文匯編》。江蘇省醫療保險研究會編印。
- 周其仁(2008)。〈這算哪門子市場化？〉，《病有所醫當問誰》。北京：北京大學出版社。頁9-13。
- 陳小飛、孔德香、蘆豐(2010)，〈試論新醫改下醫院與醫保的關係〉，《江蘇省醫療保險優秀論文匯編》，江蘇省醫療保險研究會編印。
- 顧昕(2011)，〈全民醫保與中國醫療資源配置機制的大轉型〉。收錄於岳經綸、郭巍青主編，《中國公共政策評論》第五卷。頁1-15。
- 顧昕(2008)，〈走向全民醫保：中國醫療體制改革的戰略選擇〉。收錄於岳經綸、郭巍青主編，《中國公共政策評論》第二卷「社會保障與社會政策專輯」。頁69-82。
- 顧昕、高夢濤、姚洋(2006) 診斷與處方：直面中國醫療體制改革。北京：社會科學文獻出版社。
- 新華網2009.04.06.
- 長江日報2009.04.07.
- 勞動和社會保障部 2004 醫療保險制度改革經驗交流會議材料。北京：勞動和社會保障部醫療保險司。
- 國家統計局1999 中國統計年鑑1999。北京：中國統計出版社。

英文部分

Aitchison, Lucy. (1997) *Bureaucratic Reform in a Transitional Economy: the*

- Role of the Urban Chinese Health Care*. PhD. Dissertation: Harvard University.
- Duckett, Jane (2011a) *The Chinese State's Retreat from Health: Policy and Politics of Retrenchment*. London: Routledge.
- Duckett, Jane (2011b) 'Challenging the Economic Reform Paradigm: Policy and Politics in the early 1980s Collapse of the Rural Co-operative Medical System'. *China Quarterly*. pp.: 1-21.
- Hsiao, Willaim (2007) 'The Political Economy of Chinese Health Reform', *Health Economic, Policy and Law*, 2: 241-249.
- Hsiao, William. (1995) 'The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations'. *Social Science & Medicine*, 8: 1047-1055.
- Huang, Yanzhong (2009). 'An Institutional Analysis of China's Failed Health Care Reform'. In *Socialist China, Capitalist China: Social Tension and Political Adaptation under Economic Globalization*, by Guoguang Wu and Helen Lansdowne, pp.: 75-86. New York: Routledge.
- Lieberthal, Kenneth, and David Lampton(1992). *Bureaucracy, Politics and Decision Making in Post Mao China*. Berkeley: University of California Press.
- Liu, Gorden, Xingzhu Liu, and Qingyue Meng. (1994) 'Privatization of the Medical Market in Socialist China: A Historical Approach'. *Health Policy*, 27: 157-174.
- Liu, Xingzhu, Lingzhong Xu, and Shuhong Wang. (1996) 'Reforming China's 50,000 Township Hospitals--Effectiveness, Challenges and Opportunities'. *Health Policy* 38(1): 13-29.
- Oi, C. Jean. (2005) 'Patterns of Corporate Restructuring in China: Political Constraints on Privatization'. *The China Journal*, 53: 115-136.
- Oi, C. Jean. (1992) 'Fiscal Reform and the Economic Foundations of Local State Coporatism in China'. *World Politics*, 45: 99-126.
- Rowland, Diane & Alexdandre Telyukov (Fall, 1991). 'Soviet Health Care from Two Perspectives'. *Health Affairs* pp: 71-86.
- Tam, Wai-Keung (2010). 'Privatizing Health Care in China: Problems and Reforms' . *Journal of Contemporary Asia*.
- Tam, Wai-Keung (2008) 'Failing to treat: Why Public Hospitals in China Do not Work'. *The China Review* 8(2): 103-130.

科技部補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否有嚴重損及公共利益之發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已會議發表 投稿學術期刊中

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 500 字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性），如有嚴重損及公共利益之發現，請簡述可能損及之相關程度（以 1000 字為限）

本研究以中國江蘇省的公立醫院改革為例，聚焦於該省各地方政府與醫院間的策略互動，分析地方政府採取不同改革策略的原因、過程與後果。這項研究的分析結果首先有助於理解中國城市與鄉村自 1980 年代中期以來，面對市場化經濟政策整體導引下，引進醫療服務提供市場競爭機制所帶來的社會衝擊以及各地方政府提出的因應對策，因而，作為公立醫院的私有化代表案例，蘇北的宿遷醫院私有化轉型模式是觀察中國醫療市場化趨勢與程度的具體出發點。

其次，藉由中國醫藥衛生體系改革引入市場經濟，卸除醫藥衛生部門財政負擔的政策調控，以及建立醫療保障體制管控中央與地方醫藥支出經費，作為醫院管理集團化與行政控管醫療資源權力集中化案例的鎮江模式，對照無錫的管辦分離制，直接自衛生主管機構切分出醫管中心，以落實專業管理機制等兩種路徑是觀察中國醫療市場化發展之際，就其意圖經由政治與行政面向，維持醫療衛生體系公益性功能的制度平衡手段。市場化與公益性之間的推拉較量，往往具體展現在醫療服務的商品化方式與程度。觀察中國醫療發展的經驗，則是相對於既有資本主義市場經濟下的醫療體系中常見的醫療服務供給惡性競爭機制、醫療市場供需扭曲結構以及醫療管理策略傾向財務化等問題提供不同制度發展路徑的改善方略。

最後，醫療服務商品化牽動整備醫藥服務提供人力專業化等，啟動政治經濟權力與專業主義勢力之間的消極抵制關係變化，進一步探求中國醫藥衛生體系變遷對於吸納台灣社會健康照護體系專業人力與耗用醫療資源等所可能牽動的發展趨勢。