

出國報告(出國類別：參加國際會議)

參加「中國公立醫院籌資和醫生薪酬  
制度改革」會議報告

服務機關：附屬醫療及社會福利機構管理會

姓名職稱：李懋華執行長

陳英作簡任視察

黃秀玲薦任技士

派赴國家：中國大陸 北京國務院發展研究中心

報告日期：2014年1月14日

出國時間：2014年1月6日至1月8日

# 摘 要

本報告內容是應大陸北京國務院發展研究中心社會發展研究部之邀，出席「中國公立醫院籌資和醫生薪酬制度改革」座談會，並應北京衛生局之邀，出席「台灣衛生和醫院管理情況交流會」分享「台灣公立醫院的經營管理模式暨改革策略」。

在國務院發展研究中心座談會，係由國務院研究發展中心社會發展研究部貢森副部長主持，此會議目的在於了解我國公立醫療機構之經營管理模式暨改革策略，公立醫院籌資和醫生薪酬制度模式建立，以提供大陸地區下一階段醫療改革規劃之參考。在第二天的會議行程，係由北京市衛生局雷海潮副局長主持，主要係與北京各縣衛生局人員及所轄 71 家三甲級醫院院長分享公立醫院改革經驗及面對面之交流。

期藉由兩岸醫院管理現況交流及經驗分享，以促進兩岸文化間的學習，促使兩岸之中國人皆能享有基本之健康照護需求，並達世界衛生組織「Health for all」之目標。

# 目 次

壹、目的

貳、過程

參、心得

肆、建議事項

伍、參考文獻

# 本 文

## 壹、目的：

本會李執行長懋華受邀出席「中國公立醫院籌資和醫生薪酬制度改革座談會」及「台灣衛生和醫院管理情況交流會」，分享「台灣公立醫院的經營管理模式暨改革策略」。會議中除有李懋華執行長分享台灣衛生福利部所屬公立醫院在制度上由原來的省立醫院到署立醫院，再到目前衛生福利部所屬醫院之改革過程外，亦分享了台灣部立醫院如何在社會上扮演好公醫照護弱勢、平衡醫療資源、推行社區醫療保健業務、處理緊急醫療救護與疫情防治----等責任，更藉由面對面的交流討論，當面釐清大陸地區在醫療改革上所遭遇之種種困境，目的在交換不同醫院管理文化間及相關醫院管理現況經驗。

## 貳、過程

### 一、台灣衛生福利部所屬醫院的經營管理模式暨改革策略：

臺灣早期醫療資源缺乏，為讓民眾就近得到醫療照護，政府在各縣市成立省立醫院；臺北、高雄兩市升格為直轄市後，當地省立醫院改制為市立醫院。另，1999年7月1日精省後，臺灣省衛生處業務移撥衛生署，使原省立醫院改隸署立醫院；囿因2013年台灣政府行政院組織改造，衛生署所屬醫院於7月23日改制為衛生福利部所屬

醫院(以下簡稱「部立醫院」)。部立醫院目前有綜合醫院 19 家；精神專科醫院 5 家(玉里、八里、桃園、草屯、嘉南療養院)、癩病專科醫院 1 家(樂生療養院)、胸腔病院 1 家，共計 26 家。

部立醫院早期對地方的醫療服務扮演相當重要的角色。不但是民眾最主要及最可信賴的醫療服務來源，更對執行公共衛生政策有卓著貢獻。基於照顧偏遠地區民眾的健康，不少部立醫院設在民間不願投資的偏遠地區，以提供完全不具經濟規模的重症、急症與特殊醫療服務。

因部立醫院經營在政府人事法規、會計制度、審計監督、採購法令重重管制下，醫院管理者無法如私立醫院一般充分發揮管理效能，因此設有「醫院管理委員會」進行輔導、稽核、管考等相關事宜。

但囿於 2011 年部立醫院發生重大採購弊案，因此改組醫院管理委員會委員之組織(大幅引進民間委員 25 人)，並訂定重大採購案應行注意事項，強化衛材聯標、藥品聯標、儀器聯標、資訊聯標，以大幅降低採購成本；此外，亦訂定院長副院長公開遴選制度。並依功能分組，由資深院長帶領成立醫療品質、研教人力、行銷企劃、資財營繕、健保事務、營運績效、資訊及公費生工作等共八組，協助部醫之管理。實施至今，成效逐漸顯現。

## 二、台灣公立醫院之改革成效：

### (一) 其他體系之改革成效：

其他公立醫院體系，大多以其本院為醫學中心層級，來整合其他同體系的醫院，將之改為其分院，以總院之豐沛的醫師人力，尤其是受完專科及次專科訓練的醫師，改派任到其分院，可解決醫師人力不足的問題，如：台大醫療體系、退輔會體系、軍醫體系。

台北市立醫院則整合成一家醫院，含 6 個院區；高雄市立醫院則分別有 3 家醫院公辦民營，2 家醫院留下自營。以目前的結果來看，市立醫院之整合尚難看到具體的綜效。

### (二) 部立醫院之整合規劃：

因部立醫院分布區域廣（全台各地），各有其對地方之醫療及執行公共政策之責任，尤其是肩負感染症應變醫院之職責，仍需保留其急性醫療功能，恐無法轉型為長照機構或予裁撤，整合規劃重點如下：

- A. 強化部醫自我經營管理能力。
- B. 委託公立醫學中心或法人醫院經營。
- C. 垂直整合：與公私立醫學中心，或大型法人醫院(具醫學中心規模)合作經營。
- D. 水平整合：部醫間互相支援合作。
- E. 設立部醫種子醫院，與鄰近部醫形成醫療合作網絡。

(三) 部立醫院之垂直整合和水平整合進度：

1. 垂直整合：與醫學中心結盟合作，含偏遠離島及都會區已完成 15

家部立醫院與醫學中心之醫療合作。

(1) 醫事司醫發基金補助計畫：建立醫學中心支援偏遠離島地區醫療  
機制（2013 年起）

a. 醫學中心評鑑項目中納入支援偏遠離島地區之醫療項目。

b. 以支援所需之專科醫師人力為主，目前有 4 家部醫納入。

◎ 台北榮總、林口長庚→金門醫院(院長由台北榮總急診內科主任  
任擔任)。

◎ 高雄長庚、奇美醫院→澎湖醫院(已成立心導管室)。

◎ 高雄醫學大學→恆春醫院、旗山醫院。

(2) 醫管會以經費補助計畫：建立署立醫院與其他體系醫學中心之  
實質合作(2011 年開始)，以支援所需之專科醫師人力為主，目  
前有 13 家部醫納入。

◎ 陽明大學→台北醫院(教學合作)

◎ 中山醫學大學→台中(院長由中山醫大醫學院院長擔任)、豐原醫  
院

◎ 成功大學→台南(院長由成大醫院外科部主任擔任、副院長由成  
大醫院急診科醫師擔任)、新化醫院

- ◎ 高雄醫學大學→屏東(院長由高醫外科部主任擔任)、旗山、  
恆春醫院
- ◎ 台中榮民總醫院→南投醫院
- ◎ 義大醫院→旗山醫院
- ◎ 嘉義基督教醫院→嘉義醫院
- ◎ 台大醫院→苗栗醫院
- ◎ 雙和醫院→台東醫院

## 2. 水平整合：區域內部醫之間相互醫療合作計畫(2011年起)，部立

醫院互相支援計畫，如：

- A. 台北、基隆醫院：專科醫師互相支援計畫
- B. 台中、豐原：專科醫師互相支援計畫。
- C. 台中、豐原、彰化、南投、草療之中央實驗室計畫。
- D. 彰化、南投之醫師互相支援計畫。
- E. 彰化、朴子之醫師互相支援計畫。
- F. 嘉義、朴子之醫師互相支援計畫。
- G. 精神專科醫院支援綜合醫院計畫。

## 三、部立醫院整合困難待解決之問題：

(一) 部醫尚無醫學中心層級之醫院，不易成為垂直整合鄰近部醫之



種子醫院，目前仍要靠醫學中心協助。因醫學中心屬國內醫院評鑑最高層級，具有專科及次專科醫師之訓練資格及充足的人力資源，由其整合下屬醫院較易實施，如：輔導會體系係由3家醫學中心級之榮民總醫院整合下屬地區級榮民醫院；私立醫院之整合也多由醫學中心級醫院，或少數為由大型區域級主導（但其仍具醫學中心規模）。

（二）因三分之二之部立醫院位於偏遠離島且具特殊功能，對當地醫療需求極為重要，因此在整合上需特別考量，本部正在努力，希望藉由提升幾家區域級醫院（如桃園、雙和、台北、台中、豐原等）之營運績效，以成為垂直整合部醫之種子醫院（「種子醫院→醫院」之模式）。

（三）本部也思考將部立醫院委託公私立醫學中心經營之可行性，但最重要的關鍵是委託經營後，經營者是否仍能全力配合執行本部公共政策？以及現有人員之安置問題？

#### 四、大陸醫療改革的變遷：

中國大陸目前保險制度共計有三大體制：城鎮職工基本醫療、居民基本醫療與新農合；由於中國幅員廣大，各地區城鄉發展差距極大，醫療資源分布相當不均，在這種情況下，要建立一個全面均質覆

蓋的醫療衛生保障體制本身就不是一件容易的事。且目前大陸醫療網的覆蓋不周延，當有傳染性疾病發生時，極有可能會造成災難性的後果。例如：2003年 SARS 的傳播，就幾乎讓中國大陸的醫療體系全面癱瘓與崩潰。同時醫療網覆蓋的不全面或是有城鄉差距，也存在有人權與平等的問題，亦造成大陸『看病貴、看病難』、紅包文化及醫糾不斷之亂象。

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

中國大陸的衛生發展的情況，自 1950 到 1980 年代間，中國大陸的國民平均人口自然增加率由 1950 年的 20%，到 2008 年的降為 5.8%，平均壽命卻從 1949 的 35 歲，上升到 2008 年的 73 歲（同期世界平均壽命為 65 歲，中等收入國家的平均壽命為 69 歲）；同時，嬰兒死亡率也從解放前的 200‰左右，下降到目前 2008 年的 19‰（同期世界的平均水平是 44‰，中等收入的國家為 30‰）。中國大陸人民的健康

水平總體來說已經達到了中等收入國家的平均水平。從衛生總費用占 GDP 的比重來看，從 1980 年的 3.15%，雖已上升至 2007 年的 4.52%，但始終沒有達到世界衛生組織規定的 5% 最低標準[1]。

在進入 1980 年代之後，由於人口與國民平均年齡增加，老人疾病及慢性病也隨之增加，醫療保障開始成為政府預算最為沉重的負擔，迫使中國政府開始將醫療改革自政府預算中單獨處理。一般來說，中國的醫療改革制度共可區分為兩階段，第一個階段是 1980 年代初期到 1992 年間；另一個階段則是由 1992 年迄今。

在第一個階段最大的變化，是在醫療服務機構的運作與補償制度朝向市場化，而非於醫療保險經費的籌措。也就是在這一階段，主要是費用控制，在 1985 年以前主要是針對消費者實施費用分攤，強調對醫院的控制。在第二個階段的重心則是實施醫療經費社會化的統籌，也就是實行以縣市為單位的醫療保險基金籌集，以行政手段控制醫療費用的增長。這個模式最典型的例子就是在 1994 年開始試點的「兩江模式」，該模式成功的成為了中國各城市醫療改革的原始雛形。

這種城市醫改模式在 2000 年之後擴大到了全國各地的各大城市，包括北京與上海。此時期中國城市地區所做的醫療改革重點包括：改變醫療費用的籌集方式，由以前的各單位自行籌集，改變為各地方政府籌集，以增加醫療保險基金承擔風險的能力，同時亦解決各

單位因職工年齡結構不同所帶來醫療費用負擔不均等問題；及引入供給需求的市場機制，增加需求方對醫療服務的付費比例，藉以制約需求者對醫療保險的過度使用。

然這種引進市場機制的作法後來引起了很多爭議，包括了「看病難」、「看病貴」、「賣專家號」、「以藥補醫」、「拿回扣」、「天價醫療」等問題，且引起了社會各界的撻伐與討論。因大陸在醫療衛生領域過多的利用市場化機制，導致衛生資源分配嚴重不公之情形，使得處於城市之大醫院發展越來越快，反觀農村鄉鎮醫院、城市社區醫院等逐步萎縮，甚至到了無法生存的地步。

到 2009 年 4 月大陸更提出了另一階段之醫改，具體 10 項內容如下[1]：

- 一、建設全面醫療體系。醫療改革的目的是建設全面的醫療體系，為全國人民提供長期全面的醫療保障。
- 二、全民加入醫療保障體系。每個中國公民都享有平等的權利和義務，新的醫療改革保證將每個人都納入醫療保障體系。
- 三、政府主導醫療體系建設。鑒於醫療體系建設涉及人口、資源、資金、市場、制度、政策等諸多方面，新的醫療體系建設由政府主導設計和推進，政府將從外匯儲備資金中支付 50000 億元人民幣用於醫療體系建設。

- 四、全面市場機制運行。政府機制總是沒有市場機制有效率，也不能提供更多的資源，新的醫療體系將按照市場機制運行。
- 五、藥品價格全面下跌。通過全國市場統一招標的方式採購藥品，全面降低藥品價格、醫療設備、檢查費用價格，從而降低醫療成本和費用支出。
- 六、醫院診費相對提高。優秀的醫護人員是提高醫療品質的關鍵，國家將全面提高醫護人員工資水準，醫護人員收入將高於普通公務員收入水準。
- 七、全面普及醫療保險。國家將主導建設全面的醫療保險體系，包括農村在內每個人都將納入醫療保險體系，貧困人群的醫療保險由國家支付。
- 八、預防醫療二元並重。在提高醫療保障水準的同時，國家將建立全面的預防保障體系。
- 九、發展教育建設健康國家。未來中國醫療體系建設取決於教育發展水準，國家將在未來 10 年全面普及大學教育，提高公共預防水準和全民支付能力。
- 十、實現「效率、和諧、持續、確定」醫療改革目標。新的醫療改革將通過市場競爭提高效率，通過醫療保險提高保障能力，通過全民醫療促進和諧，通過發展教育保證持續，通過政府主導和制度

建設保證醫療改革全面實施和落實。

整體說來，新的醫改方向目標遠大，然而其具體作法卻未見明瞭，當然其中也有不得不面對的問題。且中央與地方政府在醫改出資問題上，也一直達不到共識點，也就是地方政府對這項改革興趣缺缺。

大陸自改革開放以來，醫療衛生體制發生了極大的變化，在某些方面雖取得了進展，但卻暴露了更為嚴重的問題。總體而言，中國大陸的醫療改革是不成功的。在醫療衛生服務體制方面，醫療衛生機構結構，從單一公有制變為多種所有制並存，因此公立機構的組織與運行機制，在擴大經營管理自主權的基礎上發生了很大變化，且不同醫療衛生服務機構間的關係，從分工合作轉而為全面競爭；醫療衛生機構的服務目標，從追求公益目標為主轉變為全面追求經濟目標。

## 五、大陸醫療改革目前面臨的問題：

由於大陸人口眾多，醫療改革問題面臨嚴重挑戰；歸納出幾點醫療改革所遭遇之困境如下：

1. 在醫療費用猛漲、缺乏財政監督和醫療部門腐敗現象下，改革方向應以使醫院得以永續經營為目標。
2. 醫療評鑑體系未建置完善，評量指標未建構，因此難以控管各醫療機構之醫療品質。

3. 各級醫院報銷金額規定不同，造成各城及醫院之醫療處置恐有同工不同酬之疑慮。
4. 醫師收受紅包風氣盛行，造成「看病難」、「看病貴」、「以藥養醫」、「拿回扣」、「天價醫療」等問題亟待解決。
5. 城鎮職工基本醫療、居民基本醫療與新農合等三大醫療保險制度整合問題困難重重，各醫療體系本位主義嚴重。
6. 開放醫療投資後，台資醫院設置問題、台商大陸健保報銷問題尚待解決。
7. 醫療價值網絡之完整改革，應包含醫藥業、醫療儀器業、醫學院等上下游行業，以及醫療給付制度，缺一不可。
8. 醫療界人員心態保守，對於一切進步及有效之管理方法視而不見，甚至抗拒，以致成為各種產業中，雖有先進之技術、儀器，卻是效能最差，產值最少。

在大陸各地的新醫保體制下的衛生網絡未來走向，可能仍以各地的大型三甲教學醫院為核心，先從城市的二級醫院做起，透過大醫院醫生輪流駐診的方式，再整合地區醫療資源形成城市醫療網絡。新醫保體制會讓各地方依城鄉發展，成不同的側重點。例如經濟實力最強上海市會努力朝向最廣覆蓋的全民健保方向邁進；南寧則會努力加強弭平城鄉差距，將會投入相當多之資源在新農合與城市基本醫療制度

的整合；廣州市由於城市範圍擴張迅速，造成各城區醫療資源發展不均，因此會側重在如何平衡各城區的醫療資源；福州市則會側重在如何有效舒緩都市內醫療資源過度擁擠的問題。但可預期的是---大陸在醫療改革這條路上，仍有許多困境需克服，仍是一條充滿荊棘之坎坷路。

## 六、會議方式：

本次出訪大陸，主要是應大陸北京國務院發展研究中心之邀，至國務院發展研究中心進行「中國公立醫院籌資和醫生薪酬制度改革」座談會，第二天並應北京衛生局之邀，出席「台灣衛生和醫院管理情況交流會」分享「台灣公立醫院的經營管理模式暨改革策略」。

在「台灣衛生和醫院管理情況交流會」上，北京各縣衛生局人員及三甲醫院院長，約計 130 多位參加，大會主席由北京市衛生局雷海潮副局長主持，會議過程除安排李懋華執行長做專題演講外，亦透過問題的 Q & A，與各院長分享公立醫院改革經驗及交流。



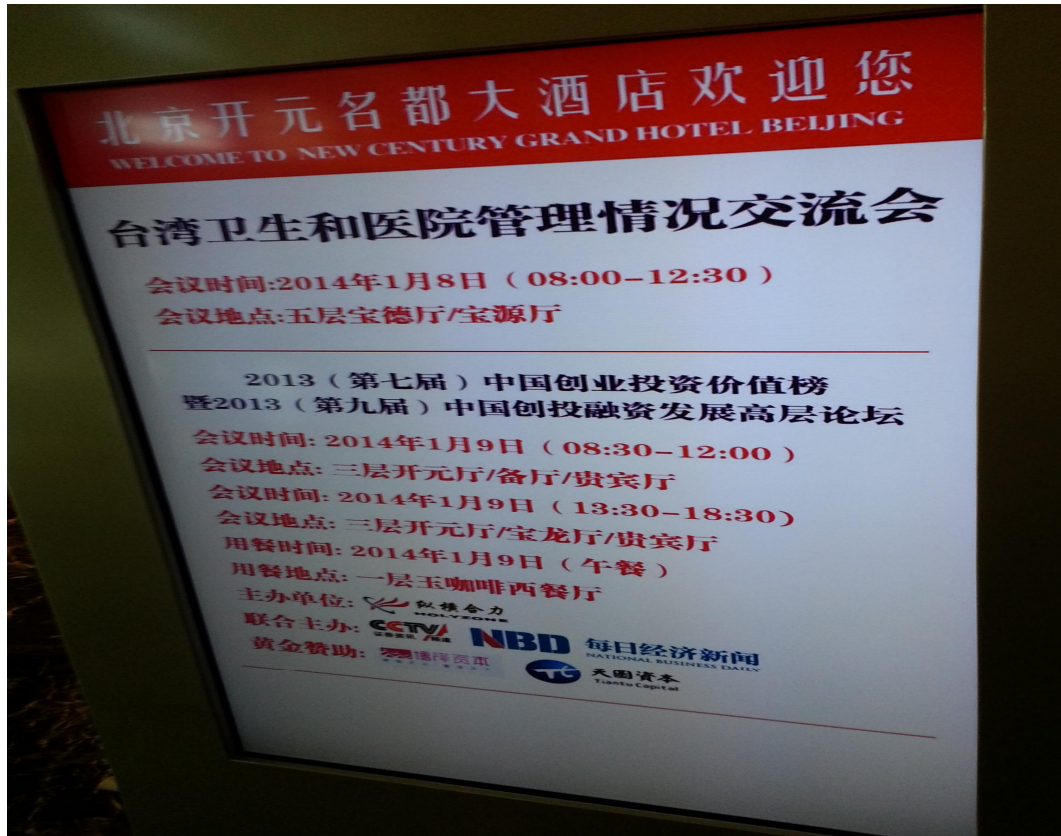
七、會議過程照片：



李懋華執行長與國務院發展研究中心社會發展研究部貢森副部長及該部  
相關研究同仁分享台灣公立醫院改革經驗



李懋華執行長與隨行之陳英作簡任視察於國務院發展研究中心社會發展  
研究部大門合影留念



「台湾卫生和医院管理情况交流会」会场会议公告



李懋華執行長與北京衛生局人員、三甲醫院院長們分享「台灣公立醫院的經營管理模式暨改革策略」





李懋華執行長與北京衛生局雷海潮副局長於會議中場休息時間，當面交換意見及分享經驗

## 參、心得

- 一、1988年11月，大陸發布衛生部為國務院綜合管理全國衛生工作的職能部門，下設各司，而以醫政司掌管醫療機構業務。1989年11月29日，衛生部公佈「醫院分級管理辦法（試行）」，將醫院依其功能、任務的不同畫分為一、二、三級，而各級醫院經過

評審，按照「醫院分級管理標準」確定為甲、乙、丙三等，其中三級醫院還增設特等醫院，因此醫院共分三級十等。

(一) 一級級別醫院的病床數是 20-99 個床位，除了直接提供社區的疾病預防、醫療、保健、康復等服務外，對於疑難重症進行正確的轉診，並協助高層次的醫院做好中間或院後服務，為初級的衛生保健機構。

(二) 二級級別醫院的病床數是 100— 499 個床位，除了提供跨社區的綜合醫療衛生服務與承擔部分的教學以及科技研發的任務外，還必須參與指導並監測高危險病人，並接受一級轉診任務，對一級醫院進行業務技術指導，是地區性醫療預防技術中心。

(三) 三級級別的病床數則是超過 500 個床位以上，除了提供專科的醫療服務、解決疑難重症外，並接受二級轉診，對下級醫院進行業務技術的指導與人才培訓，是跨越地區、省、市及向全國範圍提供醫療衛生服務的醫院，同時也是具全面醫療、教學、科研能力的醫療預防技術中心。

二、大陸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，也流行一個順口溜----「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」[2]。

因此更凸顯出大陸醫療資源分配不均及就醫可近性不高之現象。

三、在這次的交流中我們發現，大陸的醫療硬體建設進步是呈跳躍式進展，軟體建設(醫魂和醫德)的進步就相形緩慢許多；但他們如海綿般的不斷吸收台灣經驗，改善大陸地區的醫療環境、醫療人員素養，未來我們應更加努力於醫院管理及醫療品質提升，在部裡扮演好我們台灣的醫療推手，以保持我們領先的優勢局面。

四、由此次的行程中，我們也發現大陸地區的人口老化現象及速度是非常迅速的；他們除了在醫療體系上運作外，更於公共場合張貼心理衛生宣傳海報，強調教導病人自我照顧能力及保健常識；並已開始規劃整合式的醫保制度，尤其是老年人、貧窮者、婦女及小孩都成了服務範圍；其工作地點也由醫院擴展到居家、社區，且不斷加強醫師及護理教育水準，並配合科技進步、行政電腦化，資訊獲得快速化，工作更專業化。

五、自 2007 年起，中國政府公布了一系列措施，主要在解決老年化人口看病難和看病貴的問題，惟中國的製藥行業高度分化，共有 4,500 家製藥公司和 12,000 多家藥品經銷商和連鎖店[3]，為了生存，因此產生了醫院和醫療從業人員賴從處方藥中取得差價作

為收入補貼，此種不良動機，增加了藥品處方開立率，但政府單位卻無一套標準的指標得以監控及管理，因此遲遲無法改善病人看病難和看病貴之問題，該問題雖台灣有健保的單一支付窗口以控制藥物價格，惟藥物品質和價格間，是否仍存在有些微妙之關係?實值得我們警惕。

六、感謝有這次機會可以參與及學習兩岸間醫院管理座談會及交流之進行，「他山之石，可以攻錯」期許自己能將此次的學習成果應用在工作上，為我國的醫院管理發展盡一份心力，開創我國醫院管理專業的另一個新契機。

#### **肆、建議事項：**

- 一、兩岸交流越來越為頻繁，從這次經驗我深刻體會到參與國際性、兩岸交流會議是銜接兩岸知識、人才、與資源最快也最有效率的方法之一。除本國專家學者前往大陸地區經驗分享及交流外，亦可邀請大陸官方前來台灣學習觀摩，間接影響其改善大陸地區醫療環境，使身在每一處的炎黃子孫，皆能享有優質的醫療品質。
- 二、面對大陸廣大的醫療市場，政府不應該在市場上缺席，過去的兩岸不相往來情況已改善，現在應該積極輔導相關醫療產業能在此市場中佔有一席之地。

## 伍、參考文獻：

1. 楊仲源 (2010) 中國大陸醫療改革的變遷與展望.
2. 黃清華 (2012) 病人安全管理與法律：國際現狀與啟示——中國大陸醫院走出 [醫鬧] 困境 的新方案.
3. 陳美霞 (2012) 中國大陸與台灣的醫療衛生體系改革的比較歷史社會學分析.