

# 台商投資中國大陸醫療服務業前景初探

許易民\*

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 壹、前言                    | 肆、外資在大陸布局醫療服務業現況      |
| 貳、中國大陸醫療改革內容            | 伍、台灣醫療服務業進入大陸市場的利基與障礙 |
| 參、中國大陸推動醫療制度改革<br>改革的商機 | 陸、結語                  |

## 摘 要

中國大陸人口眾多，經濟又快速成長，醫療需求必然持續增加，而中共最近推動的醫療體制改革，勢將進一步助長未來中國大陸醫療市場的發展。本研究初步發現重點如下：

- 一、未來3年(2009至2011年)合計，中國大陸醫療支出總費用較2008年估計增加約1兆6,452億元人民幣，商機頗為可觀。
- 二、中國大陸的公立醫院非但擁有醫保利基，還可得到政府的補貼，故壟斷96%的醫療市場。外資醫院在中國大陸營運面臨取得醫保不易、醫事人力不確定等問題，投資大陸醫療服務業仍潛存高度風險。大陸醫療服務市場商機雖大，恐「看得到、吃不到」。

\* 經濟研究處專員。本文承洪處長瑞彬、朱副處長麗慧、邱專門委員秀錦細心審閱，以及匿名審查委員提供諸多寶貴建議，謹此致謝。

## A Preliminary Survey of the Prospects for Taiwanese Investment in Mainland China's Medical Service Industry

Te-Hung Lien

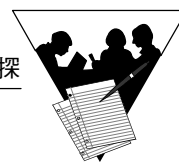
*Specialist*

*Economic Research Department, CEPD*

### Abstract

Given the huge size of its population and the rapid growth of its economy, mainland China's demand for medical services will surely continue increasing. Moreover, the reform of the medical system recently carried out by the country's governing authorities will give a further boost to the future development of its medical care market. This study carries out a preliminary survey on the prospects for Taiwanese investment in mainland China's medical service industry, and makes the following key findings:

1. Over the next three years (2009 to 2011), spending on medical services in mainland China will double from its 2008 level to an estimated 1.645 trillion renminbi, presenting substantial commercial opportunities to the medical industry.
2. Mainland China's public hospitals not only earn profit from medical insurance, but also can receive government subsidies, and hold a dominant 96% share of the country's medical services market. Foreign-invested hospitals face substantial operating hurdles, including difficulty in obtaining medical insurance and uncertainty in respect of medical personnel. Hence, investment in mainland China's medical services industry still potentially involves high risk. Though the country's medical services market presents a large and appetizing feast of commercial opportunity, that feast may be just for the seeing but not for the eating by foreign investors.



## 壹、前言

長期來，中國大陸政府投入醫療照顧不足，醫療資源集中在大城市和大醫院，及「看病難、看病貴」一直成為困擾農村居民的社會問題。為解決醫療問題，並擴大內需，中國官方於2009年4月6日公布「中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見」，自2009至2011年加快推進基本醫療保障制度建設改革，預計在未來3年內，投入8,500億元人民幣(約1,250億美元)。其中，推進公立醫院改革試點，鼓勵社會資本投入，發展多層次、多樣化的醫療衛生服務，居於兩岸同文同種且台灣醫療技術、醫管技術皆較中國大陸進步，可為我國醫療服務業帶來商機，故撰寫本文供參。

## 貳、中國大陸醫療改革內容

中國大陸積極推動醫療體制5項重點改革。政策重點如下：

### 一、加快推進基本醫療保障制度建設

- (一) 擴大基本醫療保障覆蓋面，三年內，城鎮職工醫保、城鎮居民醫保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。
- (二) 提高基本醫療保障水平，2010年，對城鎮居民醫保和新農合的補助標準從每人每年不到50元提高到120元人民幣，並逐步擴大和提高門診費用報銷範圍和比例(收入的6倍)。

### 二、初步建立國家基本藥物制度

- (一) 建立國家基本藥物目錄遴選調整管理機制，制訂國家基本藥物遴選和管理辦法。

- (二) 初步建立基本藥物供應保障體系，政府所屬的醫療衛生機構使用的基本藥物，由地方政府指定的機構辦理公開招標採購。
- (三) 建立基本藥物優先選擇和合理使用制度，從 2009 年起，政府的基層醫療衛生機構全部使用基本藥物，基本藥物全部納入基本醫療保障藥品報銷目錄，報銷比例明顯高於非基本藥物。

### 三、健全基層醫療衛生服務體系

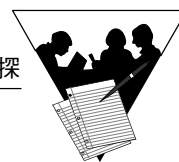
- (一) 加強基層醫療衛生機構建設，未來 3 年，興建 2,000 所左右縣級醫院(含中醫院)，改擴建 5,000 所中心鄉鎮衛生院，新建、改造 3,700 所城市社區衛生服務中心和 1.1 萬個社區衛生服務站。
- (二) 強化醫療衛生人員培訓，預計 3 年內培訓 189 萬人次。

### 四、促進基本公共衛生服務

- (一) 制定基本公共衛生服務項目，明確服務內容，增加國家重大公共衛生服務項目，加強公共衛生服務能力建設。
- (二) 保障公共衛生服務所需經費，2009 年人均基本公共衛生服務經費標準不低於 15 元人民幣，2011 年不低於 20 元人民幣。

### 五、推進公立醫院改革試點

- (一) 改革公立醫院管理體制，強化醫療服務質量管理，將財力集中在體質完善的大型公立醫院，提供民眾低價、不以盈利為目標的基本醫療服務。
- (二) 推進公立醫院補償機制改革，逐步將公立醫院補償由服務收費、藥品加成收入和財政補助三個渠道改為服務收費和財政補助。



- (三) 加快多元辦醫格局，按照區域衛生規劃，明確公立醫院的設置數量，積極穩妥地把部分公立醫院轉制為民營醫療機構，並鼓勵民營資本舉辦非營利性醫院。

## 參、中國大陸推動醫療制度改革的商機

目前中國大陸醫療服務業尚處於起步階段，加上人口眾多，經濟持續成長，潛存龐大的市場商機(有關中國大陸醫療市場分析詳附件)。依中研院學者謝啟瑞等(2007)研究，指出根據台灣與 23 個 OECD 國家發展經驗，顯示所得增加會帶動醫療支出增加且成長速度平均大過所得成長速度。研究結果發現，OECD 國家醫療支出的平均所得彈性為 1.17，台灣的醫療支出所得彈性約為 1.3~1.4。以下分別以 OECD 國家及台灣醫療支出所得彈性檢視中國大陸醫療費用支出並推估未來商機。

- 檢視推估的合理性：依據 OECD 國家及台灣醫療支出所得彈性推估 1992 至 2006 年中國大陸衛生總費用與實際支出之總費用(如表 1)，兩者推估 1997 至 2006 年支出與中國實際支出的差異皆落於 5% 範圍內，顯示以 OECD 國家及台灣醫療支出所得彈性推估之近 10 年中國大陸衛生總費用應屬合理。
- 預估 2009 至 2011 年大陸醫療的商機：若以 OECD 國家發展經驗，推估中國大陸醫療費用支出將從 2008 年 12,535 億元人民幣增加至 2011 年 16,339 億元人民幣，若與 2008 年相較將可增加 3,804 億元人民幣的商機。另以台灣醫療支出所得彈性推估，中國大陸醫療費用支出將從 2008 年 12,853~13,101 億元人民幣成長至 2011 年 17,230~17,942 億元人民幣，新增醫療商機約 4,377~4,841 億元人民幣(如表 2)。

一 如加計未來3年中共預計投入8,500億元人民幣進行醫療體制改革之效益(平均分配於2009至2011年),則中國大陸醫療支出總費用以OECD國家推估,2009至2011年醫療支出總費用(與2008年相較),3年合計增加15,518億元人民幣。另以台灣醫療支出所得彈性推估(如表3),2009至2011年醫療支出總費用(與2008年相較),3年合計增加16,452億元人民幣(所得彈性1.3推算)與17,385億元人民幣(所得彈性1.4推算)。

表1 1992-2006年中國醫療支出總費用與推估數差異

單位：人民幣

年度	人均GDP (美元)	經濟增長率(%)	醫療支出總費用 (億元)	以OECD支出彈性推估醫療總費用		以台灣支出彈性推估醫療總費用			
				(億元)*	誤差(%)#	(億元)**	誤差(%)#	(億元)***	誤差(%)#
1992	412	13.6	1,096.9	1,035.7	-5.58	1,051.5	-4.14	1,063.6	-3.03
1993	509	14.0	1,377.8	1,276.5	-7.35	1,296.5	-5.90	1,311.8	-4.79
1994	454	13.1	1,761.2	1,589.0	-9.78	1,612.4	-8.45	1,630.5	-7.43
1995	571	10.9	2,155.1	1,985.9	-7.85	2,010.8	-6.70	2,030.0	-5.81
1996	660	10.0	2,709.4	2,407.3	-11.15	2,435.3	-10.12	2,456.9	-9.32
1997	717	9.3	3,196.7	3,004.2	-6.02	3,037.0	-5.00	3,062.2	-4.21
1998	749	7.8	3,679.7	3,488.4	-5.17	3,520.9	-4.29	3,545.8	-3.61
1999	777	7.6	4,047.5	4,005.8	-1.03	4,042.2	-0.13	4,070.1	0.56
2000	844	8.4	4,586.6	4,445.3	-3.08	4,489.5	-2.12	4,523.5	-1.38
2001	911	8.3	5,025.9	5,032.0	0.12	5,081.5	1.11	5,119.6	1.86
2002	966	9.1	5,790.0	5,561.0	-3.95	5,620.5	-2.93	5,666.2	-2.14
2003	1090	10.0	6,584.1	6,467.5	-1.77	6,542.7	-0.63	6,600.6	0.25
2004	1,269.9	10.4	7,590.3	7,362.1	-3.01	7,448.6	-1.83	7,515.1	-0.99
2005	1,703	10.7	8,659.9	8,513.9	-1.69	8,616.5	-0.50	8,695.4	0.41
2006	2,042	10.7	9,843.3	9,744.0	-1.01	9,864.5	0.22	9,957.2	1.16

註：1. \*係以OECD國家醫療支出所得彈性1.17推算中國大陸1992至2006年各年度衛生總費用。

2. \*\*及\*\*\*係以台灣的醫療支出所得彈性1.3及1.4分別推算中國大陸1992至2006年各年度衛生總費用。

3. #係以OECD國家及台灣醫療支出所得彈性推估之大陸醫療總費用與實際總費用之差異。

資料來源：中國大陸統計年鑑各年度。

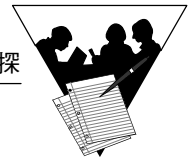


表 2 OECD 國家及台灣醫療支出所得彈性推估  
2007-2012 年中國醫療支出總費用

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
人均 GDP(美元)	2,560.3	3,257.7	3,471.9	3,814.0	4,376.7	5,135.3
經濟增長率(%)	13.0	9.0	6.6	8.1	9.0	9.6
以 OECD 推估衛生總 費用(億元人民幣) (所得彈性 1.17 推算)	11,340.5	12,534.7	13,502.6	14,782.2	16,338.8	18,174.0
以台灣推估衛生總費 用(億元人民幣) (所得彈性 1.3 推算)	11,506.9	12,853.2	13,956.0	15,425.5	17,230.3	19,380.7
以台灣推估衛生總費 用(億元人民幣) (所得彈性 1.4 推算)	11,634.8	13,100.8	14,311.3	15,934.2	17,942.0	20,353.4

註：同表 1。

資料來源：Global Insight Inc.

表 3 考量中共推動醫療改革下之中國醫療支出總費用(2009-2012 年)

單位：人民幣億元

	2008	2009	2010	2011	2012
以 OECD 推估醫療支 出總費用 (以所得彈性 1.17 推算)	12,534.7	16,335.6 (3,801)	17,615.2 (5,080)	19,171.8 (6,637)	18,174.0 (5,639)
以台灣推估醫療支出 總費用 (以所得彈性 1.3 推算)	12,853.2	16,756.0 (3,903)	18,225.5 (5,372)	20,030.3 (7,177)	19,380.7 (6,528)
以台灣推估醫療支出 總費用 (以所得彈性 1.4 推算)	13,100.8	17,144.3 (4,044)	18,767.2 (5,667)	20,775.0 (7,674)	20,353.4 (7,253)

註：1. 同表 1。

2. 8,500 億元人民幣平均分配於 2009-2011 年度中。

3. ( ) 表示各年度較 2008 年增加之金額。

## 肆、外資在大陸布局醫療服務業現況

中國大陸醫療服務業從 1989 年起逐步開放，外資亦陸續進入大陸醫療市場。2000 年，發布「中外合資合作醫療機構管理暫行辦法」，以強化醫療機構管理，鬆綁過去對外資持股比例，後此法公佈之後，台資企業陸續前往大陸布局醫療市場。

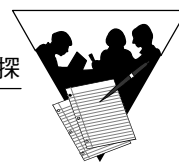
### 一、大陸醫療市場之投資規範

中國大陸於 1989、1997 年先後制定「關於開辦外賓華僑醫院診所和外籍醫生來華執業行醫幾條規定」、「關於外商投資醫院的補充規定」等，規範外資投資醫療機構審批作業。2000 年 7 月，為順利加入 WHO，衛生部與對外貿易經濟合作部共同發布「中外合資合作醫療機構管理暫行辦法」，規定只能用「中外合資」的方式經營設立醫療院所，投資總額不得低於 2,000 萬人民幣，且外資持有股權最高不得超過 70%。然而由於中國大陸和港澳簽署 CEPA，對香港、澳門醫療服務業特別優惠，規定在廣東省可以獨資形式設立門診部，門診部投資總額不作限制；另與內地合資、合作設立的門診部投資總額、雙方投資比例不作限制。

### 二、外資在中國大陸投資現況

依中國衛生部統計，至 2006 年底，共審核通過中外合資合作醫療機構 199 家，目前正在營運的有 65 家。其中以美國和香港為主，分別為 23 和 22 個，共占海外投資機構的 68%，投資總額 1 億元人民幣以上僅 6%，2,000 萬元人民幣以下的佔 47%，顯示投資額與營運規模普遍較小。2001 年加入世界貿易組織之後，是外資進入醫療服務市場的高峰期；2003 年以後外資投資醫療服務機構逐漸減少。近一半的中外合資合作醫療機構是門診部和診所，





大多數綜合性醫院和專科醫院的床位數在 200 張以下，500 張以上只有 2 家；近 50% 的機構投資總額在 2,000 萬元人民幣以下，若與台灣相較，台灣 2008 年醫療院所病床 500 張以上計有 82 家，200 張以上達 178 家，顯示外資在中國大陸投資設立之醫院，營運規模普遍較小。

### 三、台商在大陸布局情形

有關個人或企業赴陸投資醫療服務業，國內並無特殊規範，係依投審會規定個人每年投資上限 500 萬美元、中小企業則為約新台幣 8,000 萬元（約 250 萬美元匯率以 1 比 32 計算）規定辦理，惟對財團法人所設立之醫院，因資本來自捐贈，故衛生署尚未准許赴大陸投資。

- 依據經濟部投審會資料(1997-2008 年)共核准台商至中國大陸投資醫療院所計 11 件，投資金額計 8,703 萬美元，其中以明基集團投資金額最多，達 5,840 萬美元。
- 據衛生署表示：目前投資中國大陸中型醫院，達損益平衡約需 10 年。目前大型的台商綜合醫院僅有廈門長庚醫院、湖南長沙旺旺醫院、南京明基醫院、昆山宗仁卿紀念醫院等 4 家，仍處於創院初期階段，每日的門診量普遍不多，因此在短期達到損益平衡實屬不易。另，中小型台商綜合醫院及診所則包括上海辰新醫院、浦東華山醫院等。其中，上海辰新醫院以醫療管理及地理位置等優勢，營業狀況較佳，其門診數量及營業狀況已達損益平衡。

### 伍、台灣醫療服務業進入大陸市場的利基與障礙

面對大陸潛存的醫療市場商機，台灣醫療服務業雖有同文同

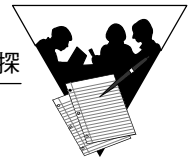
種，醫療技術與醫管先進等競爭優勢，惟中國大陸醫療市場在政府對公立醫院免稅優惠政府補助、及享有醫保等優惠政策，導致公立醫院壟斷 96% 的醫療資源，使得一般外資醫療機構不易攻占大陸醫療市場。謹說明如下：

## 一、利基

- 醫療技術具國際水準：台灣醫療服務業不僅提供高品質醫療服務且收費合理，台灣在肝、腎移植成功率與癌症治療品質具國際水準；台灣醫療保健基礎建設在 2007 年「世界競爭力評比」排名第 13 位，顯示台灣醫療服務業有強大競爭優勢。
- 醫院管理技術卓越：台灣在醫院管理水準較大陸進步 10 至 15 年，面對中國官方對公立醫院進行改革，許多小的公立醫院（二級醫院 6,780 個，一級醫院 4,989 個），勢必選擇與民間或外國資金合作，改制成盈虧自負的民辦醫院。因此，台商可善用醫院管理經營團隊的方式切入投資，藉由提供專業的醫院管理理念、技術及方法逐步與大陸醫療機構進行合作。
- 具語言、文化優勢：由於台灣與大陸語言相同、文化相近，與外商相較，除與當地容易溝通外，也較熟悉當地之人脈關係與訊息管道，管理經營也相對適於當地化，加上台商在中國大陸布局多年，相較其他外商較容易建立人脈與政商關係，方便台灣業者進軍大陸醫療市場。

## 二、障礙與風險

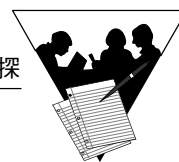
- 受制法令限制不得獨資：依「中外合資、合作醫療機構管理暫行辦法」，其中投資總額不得低於 2,000 萬人民幣，且不得獨資經營設立醫療院所。如此的高設立門檻並非一般小診所



醫師、企業所能負擔，加上資金不可動用，申請手續繁瑣又耗時，因此除了少數幾個包括旺旺、明基、長庚、寶成與聯新等集團，用中外合資方式在大陸投資台灣醫院外，部分台灣企業或醫師不惜以內資借人頭、租借院中院等高風險方式經營醫療院所，造成醫院被吃掉、併購的例子屢見不鮮。

- 公立醫院壟斷市場：公立醫院在經濟上既享有政府的補助和醫院擴建中批地、建房的政策性照顧，且在開展新業務項目的審批中享有特殊待遇，在技術人員和先進設備的配置上享有優先權等政策性優惠；另公立醫院因不具營利性，在業務開展中具免稅優惠、擁有公費醫療、醫保等較為固定的優勢服務市場，故目前中國大陸醫療市場幾乎皆由公立醫院所壟斷，另外，基於保護本國醫院，當地政府有可能對於台商醫院的醫療項目或行為加以限制或禁止。
- 加入大陸醫保不易：雖然中國大陸已承認台灣醫療執照，台灣醫生可至大陸開業，但對大部分台商醫院而言，納入醫保，將目標市場拓展至中國大陸的人群，以確保獲利來源，是決定台商是否前往投資醫院的主要關鍵因素。惟中國大陸針對各區域的醫保定點機構設置數量早已預作規劃，目前能獲利的區域公立醫院透過地緣之便較容易事先卡位，加上申請納入醫保醫院須經各省審批，而各省政府基於保障本土醫院，審核十分嚴苛，且手續複雜，外資醫院若非有特殊人脈恐難取得。據悉目前台商所投資設立的醫療院所中僅廈門長庚及蘇州明基醫院取得醫保資格，可能與該醫院經營者在大陸長期經營，打下深厚人脈有關。若台商醫院未能納入醫保體系，客群僅能以自費病患為主，而醫院又要負擔高額稅負，經營獲利有限。

- 稅賦高形成不公平競爭：大陸醫院分營利與非營利兩種方式經營，非營利醫院雖享有醫療服務收入免稅優惠，但醫療服務收費須依中共官方規定，定價偏低，獲利有限；而營利性醫院定價雖然自由，但卻須繳納 25% 企業所得稅率及 5.5% 營業稅率。據衛生署表示：一般中型醫院達損益平衡需 10 年，故除非業者資金雄厚否則恐難在大陸醫療市場立足。相對地，大陸公立醫院除營收免稅外，尚有政府補貼，台商醫院在營運上處於明顯不公平競爭環境。
- 醫事人力不確定：提供高素質醫療服務是經營醫院是否成功的關鍵因素。大陸官方雖已認可台灣醫師證書，惟台商醫院聘用台灣醫護人員非但不符合經濟效益。此外，台灣醫生或護士到中國大陸執業中間須經過認證與特別申請，相當不方便，以致目前台灣醫師到中國大陸長期執醫的尚不多。但若聘用當地醫生，其素質不及台灣醫生，故業者貫以台灣醫生帶領大陸醫生方式來降低成本，惟中國大陸長期存有「一個醫生只能在一家醫院註冊行醫」的行規，以致大陸醫院扣人不放；另一方面，醫生往往為了職位升遷造成公立醫院的醫生不願移動的現象普遍存在，故大陸醫療人員能否順利聘請，也明顯影響台商醫院的營運。
- 中共對藥品與藥材嚴格控制將擠壓醫院獲利：由於公立醫院的營收 90% 以上來自提供服務和藥品收費，政府補貼僅占少部分，長期以來，中國大陸「以藥養醫」，浮報高價藥品的現象普遍存在，藥品與醫療器材銷售等是各類醫院主要的獲利來源。惟中共目前規劃推動醫療體制改革，建立國家基本藥物制度，將基本藥物全部納入醫保藥品報銷目錄，制定基本藥物零售價格，透過招標方式統一採購，將有利國產藥的發



展。在明確的藥物制度下，藥品與醫療器材銷售將受大陸政府嚴格控制，藥品價格將更透明，直接擠壓醫院獲利空間，也將影響潛在競爭者加入意願。

## 陸、結 語

根據瑞銀研究報告指出：預估至 2020 年中國大陸的醫保支出可達 GDP 的 7.2%；另本文以台灣的醫療支出所得彈性保守推算中國大陸醫療支出總費用，初估未來 3 年(2010 至 2012 年)新增醫療支出將達 16,452 億元人民幣，中國大陸醫療市場商機確實可觀。依中國衛生部於 2009 年 4 月 10 日例行新聞會指出，為強化醫療改革成效，國家將積極穩妥地把部分公立醫院轉制為民營醫療機構及積極鼓勵和引導民營資本舉辦非營利性醫院作為未來施政重點。鑒於台商具有語言優勢及優越的醫療技術與醫管技術，未來投資可利用大陸當局積極鬆綁公立醫院的經營權，透過參股或控股，利用中國現有的資源和品牌，注入先進的管理模式，提高當地醫院的營運效率和服務品質。

此外，目前赴大陸投資醫療服務業最大的問題在於不易取得醫保，獲利有限，未來，隨著中國大陸進行醫療體制改革，醫保承作條件是否鬆綁，是否順利聘請當地醫護人力，台灣醫護人員執業規定能否放寬，提供更多有利台商至大陸投資醫療服務業的措施，均將影響台商前往中國擴展大陸醫療市場的意願。

## 附件 中國大陸醫療市場分析

未來3年(2009-2011年)，中國大陸將積極強化城鄉基層醫療服務體系建設，全面推行新型農村合作醫療制度，努力紓緩群眾「看病難、看病貴」問題，將促使衛生事業快速發展。

### (一) 需求面

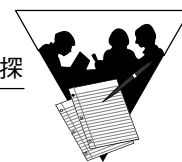
人口與經濟條件是影響醫療服務需求的主要因素，分述如下：

#### 1. 人口概述

依據中國國家統計局資料顯示，2007年中國大陸總人口13.2億人，全年全國出生人口1,594萬人，出生率12.1%；死亡人口913萬人，死亡率6.93%，自然增長率5.17%。大陸地區人口平均壽命，依「2009年世界衛生統計」資料顯示，男性為72歲，女性為75歲。若從人口結構比率觀察，0-14歲人口約占全部人口19.4%，15-64歲約72.5%，65歲以上人口約占全部人口8.1%，中國已邁入世界衛生組織所定義的高齡化國家。

#### 2. 經濟條件

中國大陸近年來經濟增長快速，不論是GDP成長率、每人GDP、高儲蓄率、以及人均衛生費用皆呈大幅成長趨勢，顯示經濟條件改善是醫療服務需求提升的領先指標。若以近十年資料觀察，1999至2008年大陸每人GDP從861美元成長至3,315美元，成長幅度達2.85倍；平均每人儲蓄存款餘額從4,735元成長至13,058元人民幣，增幅達1.76倍；人均衛生費用則從322元成長至749元人民幣(2006年)，成長幅度達2.33倍；民眾看診次數亦從12.31億次成長至17.46億次(2007年)，成長1.42倍，顯示中國



大陸隨所得逐步提升及高儲蓄，對醫療服務需求亦同步增加，帶動醫療服務業的發展。

表 1 近 10 年中國大陸主要醫療指標

項目/年	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
GDP 成長率(%)	7.1	8.0	7.5	8.3	10.0	10.1	10.4	11.6	13.0	9.0
每人 GDP(美元)	861.2	945.6	1,038.0	1,131.8	1,269.8	1,486.1	1,709.9	2,022.0	2,560.4	3,315.3
人均衛生費用(元)	321.8	361.9	393.8	450.7	509.5	583.9	662.3	748.8	—	—
診療人次數(億次)	12.31	12.86	12.50	13.08	12.82	13.81	14.74	15.64	17.46	—

資料來源：中國衛生部網站。

## (二) 供給面

中國大陸醫療資源分布有顯著的差距，不論是衛生機構數量、衛生人力等、在質與量的供給方面都存在患寡，也患不均的困境。依中國衛生部資料顯示，至 2008 年止，全國衛生機構總數(不含村衛生室)約 27.8 萬個、床位 403.6 萬張、衛生人員達 616.9 萬人。說明如下：

### 1. 衛生機構方面

中國大陸醫院計 19,712 個，按等級分：三級醫院 1,192 個(其中：三甲醫院 722 個)，二級醫院 6,780 個，一級醫院 4,989 個，未評定等級醫院 6,751 個。

醫院按床位數分：100 張床位以下醫院 11,725 個，100-199 張醫院 3,572 個，200-499 張醫院 3,020 個，500-799 張醫院 907 個，800 張及以上醫院 488 個。

表 2 衛生機構及床位數

	機構數(個)		床位數(張)	
	2008	2007	2008	2007
總計	278,337	298,408	4,038,707	3,701,076
其中：醫院	19,712	19,852	2,882,862	2,675,070
內：綜合醫院	13,119	13,372	2,112,792	1,971,551
中醫醫院	2,688	2,720	350,257	321,597
專科醫院	3,437	3,282	377,694	343,743
社區衛生服務中心(站)	24,260	27,069	98,036	76,588
衛生院	39,860	40,679	865,383	763,190
內：鄉鎮衛生院	39,080	39,876	846,856	747,156
門診部	6,975	7,124	7,490	10,446
診所(衛生所、醫務室)	173,777	189,959		
採供血機構	520	535	—	—
婦幼保健院(所、站)	3,011	3,051	117,261	106,189
專科疾病防治院(所、站)	1,310	1,365	26,351	25,939
疾病預防控制中心	3,534	3,585	2,224	—
衛生監督所(中心)	2,675	2,553	—	—

註：(1)本表不含村衛生室；(2)衛生監督所(中心)不含分支機構。

資料來源：同表 1。

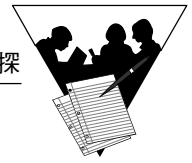
## 2. 醫療機構床位數

醫療機構床位 403.6 萬張。其中，醫院床位 288.3 萬張(佔 71.4%)，衛生院床位 86.5 萬張(佔 21.4%)，社區衛生服務中心(站)床位 9.8 萬張(佔 2.4%)，婦幼保健院(所、站)11.7 萬張(佔 2.9%)。

## 3. 衛生人力總量

衛生人員、鄉村醫生、衛生員計 616.9 萬人，鄉村醫生和衛生員 93.8 萬人。其中，衛生技術人員 503 萬人，執業(助理)醫師 208.2 萬人(執業醫師 171.5 萬人)，註冊護士 165.3 萬人。每千人口衛生





技術人員 3.80 人，每千人口執業(助理)醫師 1.57 人，每千人口註冊護士 1.25 人。

表 3 衛生人員數(萬人)

	2008	2007
總計	616.9	590.7
衛生技術人員	503.0	478.8
其中：執業(助理)醫師	208.2	201.3
內：執業醫師	171.5	164.4
註冊護士	165.3	154.3
藥劑師(士)	33.1	32.5
檢驗師(士)	30.5	20.6
其他技術人員	25.5	24.3
管理人員	35.7	35.7
工勤技能人員	52.7	51.9
每千人口衛生技術人員	3.80	3.66
執業(助理)醫師	1.57	1.54
註冊護士	1.25	1.18

資料來源：同表 1。

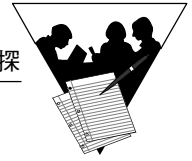
### (三) 未來發展趨勢

以先進國家(OECD)發展經驗觀察，在無特殊天災、人禍的影響下，醫療費用支出穩定且持續的成長，是各國發展過程中一致的現象。依環球透視機構(Global Insight Inc.)2009 年 5 月預估，中國未來 3 年(2010-2012 年)經濟成長率分別為 8.1%、9.0%、9.6%，每人 GDP 分別為 3,814、4,376、5,135 美元。隨著中國經濟快速發展，所得快速增加，民眾生活水平提高、人均壽命增長、人口老化程度提高，可以預期的是，未來中國政府與民眾在醫療費用的支出比率將逐年攀升。

表 4 各國醫療支出佔國民生產毛額(GDP)百分比

年度	美國	加拿大	英國	德國	日本	瑞典	法國
1960	5.3	5.5	3.9	4.8	3.0	4.7	4.2
1965	5.9	6.0	4.1	5.1	4.5	5.5	5.2
1970	7.3	7.1	4.5	5.9	4.6	7.1	5.8
1975	8.4	7.2	5.5	8.1	5.6	7.9	7.0
1980	9.3	7.4	5.6	8.4	6.6	9.4	7.6
1985	10.8	8.5	5.9	8.4	6.6	8.9	8.5
1990	12.7	9.4	6.0	8.3	6.8	8.6	8.9
1995	13.3	9.0	6.9	10.1	6.9	8.0	9.9
2000	13.2	8.8	7.2	10.3	7.7	8.2	9.6
2001	13.9	9.3	7.5	10.4	7.9	9.0	9.7
2002	14.7	9.6	7.6	10.6	8.0	9.3	10.0
2003	15.1	9.8	7.7	10.8	8.1	9.4	10.9
2004	15.2	9.8	8.0	10.6	8.0	9.2	11.0
2005	15.2	9.9	8.2	10.7	8.2	9.2	11.2
2006	15.3	10.0	8.4	10.6		9.2	11.1

資料來源：世界經濟合作與發展組織(OECD)。



## 參考文獻

1. 尤琛(2006),「中國醫療體制改革—市場化的困境」, 重慶交通大學學報, 第6卷第1期, 頁33-34。
2. 中國國家統計局(2008), 2008 中國統計年鑒。
3. 何平平、李連友(2008),「中國醫療費用增長的因素分析」, 統計與決策, 2008卷第13期, 頁74-76。
4. 林柏生(2009),「台商醫院在大陸」, 兩岸經貿, 第211期, 頁18-22。
5. 溫芳宜(2008),「中國醫療保險制度改革進展與困難」, 經濟前瞻, 第119期, 頁37-41。
6. 謝啟瑞、林建甫、游慧光(1998),「台灣醫療保健支出成長原因的探討」, 人文及社會科學集刊, 第10卷第1期, 頁1-32。
7. —(2007),「醫療保健支出的跨國與跨時比較」, 社會科學論叢, 第1卷第2期, 頁23-70。
8. Gerdtham, U. J. Sogaard, F. Andersson, and B. Jonsson(1992), “An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-Section Study of the OECD Countries,” *Journal of Health Economics*, 11, pp63-84.
9. Leu, R. E.(1986), “The public-private mix and international health care costs,” in: A. J. Culyer and B. Jonsson, eds., *Public and Private Health Services: Complementaries and Conflicts*, Oxford: Basic Blackwell.
10. Murthy, N. R. V. and V. Ukpolo(1994), “Aggregate Health Care Expenditure in the United States: Evidence from Cointegration Tests,” *Applied Economics*, 26, pp797-802.
11. Newhouse, J. P.(1977), “Medical care expenditure:a cross-national survey,” *Journal of Human Resources*, 12, pp115-125.