

大陸社會醫療保險政策體系 及現況評析

Evaluation of the Current Social Health Insurance Policy
and System

田昭容 (Tien, Chao-Jung) *

玄奘大學兼任講師

摘 要

為緩解因改革開放而日益加劇的貧富不均所造成的社會不公平性，中國大陸近年來進行多方的政策調整，尤以社會醫療保險政策改革（以下常簡稱「醫改」）最為迫切而備受高層關注。然因正在進行的醫改進程面臨著空前的挑戰，故本文試就公共政策的視角，針對大陸現行的醫療保險（以下常簡稱「醫保」）制度及其相關的政策體系加以解析其潛在的問題；另本文也從公共政策面進行簡要的文獻探討。最後，再從臺灣現行的全民健保政策出發，對大陸正進行的醫改提出幾點簡單的參考意見。

關鍵詞：社會醫療保險、城職保、新農合、城居保、社會補充醫療保險

壹、前 言

自改革開放以來，中國大陸雖經濟獲得高速成長，但貧富差距也因而日益

* 作者為北京大學政府管理學院管理學博士。

擴大，致使人民內部的矛盾、衝突加劇。近年來，中共高層對此現狀予高度的關注，從 2004 年中共中央總書記胡錦濤在十六屆四中全會提出「構建社會主義和諧社會」的說法即可印證。¹因此，為緩解社會的不公平性及兼顧社會正義，大陸正積極進行多方的政策調整中，尤以醫療保險政策最為顯著。

又，胡錦濤在中共的十七大報告中指示：「努力使全體人民學有所教、勞有所得、病有所醫、老有所養」。之後，中共又陸續先後發布各種的配套方案，這在在顯示：醫療服務與醫療保障確是大陸高層當今高度關注的核心議題。

然醫保政策涉及醫療衛生、社會保障、公共財政、民政救濟等多個部門及領域；因此，大陸正在進行的醫改進程面臨空前的挑戰，自是預料中的。

本文就現行的醫療保障制度內容：「城職保（城鎮職工基本醫療保險）」、「城居保（城鎮居民基本醫療保險）」、「新農合（新型農村合作醫療）」與「社會補充醫療保險」及其所依據的八個政策體系，作梳理並加以探索；從而對大陸目前「看病難、看病貴」的窘境找出政策中的深層問題，也將從臺灣現行的全民健保政策為參考，對大陸醫改提出幾點簡單的意見。

貳、關於大陸社會醫療保險政策的文獻回顧

臺灣的文獻中，有如：林瑤棋醫師曾對大陸的醫療機構及民眾的就醫實務面略加論述；²高雄市醫師公會理事長蕭志文就參訪某醫院、以臨床為視角看大陸的醫療問題；³學者孫行健曾為文簡述大陸的醫保問題；⁴學者江暢興雖曾對醫療制度弊端稍做論述，但全文主要是描述大陸的醫療亂象；⁵另外尚有楊

¹ 《中共中央關於加強黨的執政能力建設的決定》（2004 年 9 月 27 日），2010 年 5 月 15 日下載，《新華網》，http://news.xinhuanet.com/zhengfu/2004-09/27/content_2027021.htm。

² 林瑤棋，「中國大陸醫療體制及醫療保險」，《臺灣醫界》，第 33 卷第 1 期（民國 79 年 1 月），頁 28-29。
林瑤棋：是作家及姓氏源流研究專家，在台中大雅鄉開設真生診所。

³ 蕭志文醫師，「初探大陸醫療現況」，《高雄醫師會誌》，第 34 期（民國 90 年 10 月），頁 3-5。

⁴ 孫行健，「中國大陸社會保障制度的改革及面臨的難題」，《中共研究》，第 31 卷第 5 期（1997 年 5 月），頁 99-111。孫行健：查無他服務的單位及職務（透過「中共研究雜誌社」和網路查詢）。

⁵ 江暢興，「大陸醫療業的積弊與改革」，《中共研究》，第 33 卷第 9 期（1997 年 5 月），頁 62-69。江暢興：查無他服務的單位及職務（透過「中共研究雜誌社」和網路查詢）。

仲源、⁶李珮謙、⁷李嬌瑩⁸等，曾各自在撰文，略述大陸的醫保問題或政策。

大陸相關的研究，如：衛生部衛生經濟研究所所長蔡仁華教授針對大陸醫保改革曾提出評論；⁹賈洪波對大陸基本醫療保險適度繳費率作深入探究；¹⁰勞動和社會保障部部長田成平在其專書¹¹及葛延風與貢森的合著¹²中，分別對大陸的醫保議題進行析論；清華大學公共管理學院教授楊燕綏研究大陸醫保的供需關係；¹³河南財經學院公共管理學院院長張茂松認為，大陸在醫療保障立法、醫療衛生規劃和資源配置、政府投入及監管都存在嚴重的責任缺失；¹⁴上海財經大學公共經濟與管理學院教授劉小兵將基本醫療服務界定在急、危重症範圍之內；¹⁵中國社會科學院研究生院經濟學博士和春雷則認為，基本醫保政策也應該定位於「保大病」；¹⁶鄭州大學第一附屬醫院的王忠信和史芳指出，大陸醫改的結果，參保者承擔比過去更多的費用；¹⁷北京大學學者陳瑤、陳鋼、劉國恩以及中國醫療保險研究會副會長兼秘書長熊先軍四人利用國務院的調查資料，分析城鎮居民的疾病經濟負擔¹⁸……等。

⁶ 楊仲源，洪謙德教授指導，「中國城鎮醫療保險制度改革及其發展之研究」，國立臺灣大學國家發展研究所博士論文（民國 97 年 7 月）。楊仲源：建國科技大學副教授。

⁷ 李珮謙，李妙純博士指導，「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（民國 95 年 12 月）。李珮謙：高雄醫學大學老師。

⁸ 李嬌瑩，魏艾指導，「中國大陸社會保障體制下的醫療保險改革」，國立政治大學社會科學學院行政管理碩士學程第二屆碩士論文（民國 91 年 7 月）。李嬌瑩：國防大學副教授。

⁹ 蔡仁華主編，中國醫療保障制度改革實用全書（北京：中國人事出版社，1997 年，第一版）。

¹⁰ 賈洪波著，中國基本醫療保險適度繳費率研究（長春市：吉林大學出版社，2009 年 5 月，第一版）。賈洪波：北京航空航天大學公共管理學院社會保障研究所副所長。

¹¹ 田成平主編，社會保障制度建設（北京：人民出版社，2006 年 7 月，第一版）。

¹² 葛延風與貢森，中國醫改：問題·根源·出路（北京：中國發展出版社，2007 年）。葛延風：國務院研究發展中心社會發展研究部副部長、研究員；兼任中國社會學會理事，為享受國務院頒發的政府特殊津貼的專家。貢森：國務院發展研究中心社會發展研究部副部長、研究員、研究室主任。

¹³ 楊燕綏，「新醫改成敗，醫保經辦機構能力建設是關鍵」，中國人事報（北京），2009 年 4 月 15 日，版 4。

¹⁴ 張茂松，「醫療保障中的政府責任研究——兼論我國醫療保障中的政府責任缺失」，經濟經緯（鄭州），2007 年第 4 期，頁 85-88。

¹⁵ 劉小兵，「中國醫療保險費率水準研究」，醫學與社會（武漢），第 7 期（2002 年），頁 69-74。

¹⁶ 和春雷，「基本醫療的政策定位：抓大病、放小病」，中國國情國力（北京），第 11 期（1998 年），頁 14-15。和春雷：1997~1999 年在中國社科院工業經濟研究所從事博士後研究；現就職於中國再保險公司。

¹⁷ 王忠信與史芳，「拒付制，醫保改革過程中的雙刀劍——談醫院與醫療保險管理部門在醫保改革中的定位」，經濟師（太原），第 4 期（2006 年），頁 69-70。王忠信：鄭州大學第一附屬醫院財務處高級會計師。史芳：鄭州大學第一附屬醫院教師。

¹⁸ 陳瑤、熊先軍、劉國恩與陳鋼，「我國醫療保險對城鎮居民直接疾病經濟負擔影響研究」，中國衛生經濟

在外文的著作中，斯德哥爾摩國際和平研究院院長 Bates Gill 指出，大陸因政府經費困難，對傳染疾病的防治尚缺完善的體系且城鄉的差距大、照顧老人的退休保險制度覆蓋率低等問題難以加以改善。¹⁹德國科隆大學社會政策系教授 Hans Jürgen Rösner 認為大陸 1990 年初期建立的基本退休保障制度和 1998 年政府想把退休制度擴大為健康保險制度並不成功；另經大規模市場調查，並以國際的觀點看大陸的健康照顧策略。²⁰Ryan Manuel 把大陸健康照顧系統的改革歷程分為三個階段，指出：目前大陸的醫保體制缺少監督、協調與管理；因此強調大陸未來的醫改，應從制度面著手。²¹Wan He 等人指出中國大陸因人口的急速老化造成健康照護成本及財政的困難，並經由問卷調查，探討老年人口的健康照護情形。²²美國蘭德公司（RAND）的研究員 Sai Ma 和 Neeraj Sood 以國民的健康狀態等指標，在中國大陸與印度間做了相關的比較，並針對這些指標，提出兩國將來面對的主要挑戰和政策的意涵，如：減少政府的支出、減少醫療資源濫用、擴大對窮人的照顧等。而中國大陸可以向印度學習的是：擴大私人醫療資源及減少對藥物的管制和行政成本；印度可向中國學習的是：擴大健康基礎的支出，對傳染病的控制。²³Yuanli Liu 和 Keqin Rao 在 2001 年，以大陸鄉村的健康照顧為對象，進行調研，再與決策者作面

（北京），第 28 卷第 2 期（總第 312 期）（2009 年 2 月），頁 13-16。陳瑤與陳鋼：兩人皆為北京大學中國醫藥經濟研究中心的青年衛生經濟研究學者；劉國恩：北京大學中國醫藥經濟研究中心主任及光華管理學院應用經濟學教授。

¹⁹ Bates Gill, "China's Health Care and Pension Challenges", *Testimony before the U.S.-China Security and Economic Review Commission Hearing on Major Internal Challenges Facing the Chinese Leadership* (Center for Strategic and International Studies, Washington, D.C.), (February 2 and 3, 2006.).

²⁰ Hans Jürgen Rösner, "China's Health Insurance System in Transformation: Preliminary Assessment, and Policy Suggestions", *International Social Security Review* (Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK), Vol.57 (March, 2004), pp.65-90.

²¹ Ryan Manuel, "China's health System and the Next 20 Years of Reform", *China: The Next Twenty Years of Reform and Development* (ANU, The Australian National University, July 2010), pp.363-391. Ryan Manuel: 在 Oxford 大學是一個羅得學者（Rhodes scholar）和博士生（doctoral student），曾鑽研過與中國相關的議題。http://epress.anu.edu.au/china_update2010/pdf_instructions.html.

²² Wan He, Manisha Sengupta, Kaiti Zhang and Ping Guo, "Health and Health Care of the Older Population in Urban and Rural China: 2000", *International Population Reports* P95/07-2, U.S. Government Printing Office (Washington, DC), 2007. Wan He 和 Manisha Sengupta：兩人為美國人口調查局研究員。張愷悌（Zhang Kaiti）：中國老齡科學研究中心主任。郭平（Guo Ping）：中國老齡科學研究中心高級研究員、副主任。

²³ Sai Ma and Neeraj Sood, "A Comparison of the Health Systems in China and India", *Center for Asia Pacific Policy, International Programs at RAND* (Washington, DC), 2008.

對面的交流，進而將研究結果成功地轉變為政府決策的內容；強調研究者要善用策略以影響決策的產生。²⁴Gregory C. Chow 研究 1949 年以來，大陸醫療制度的演變歷程，並以江蘇省宿遷市的醫療改革經驗，證明了醫療供給民營化的正面影響；最後，針對醫療政策進行介紹和評價。²⁵

經以上的梳理，本文發現學界對大陸的醫保政策較缺乏專文、專案的研究。而現有的少數中文文獻中，多出自大陸的學者；外文文獻則不多見，且很大的比重是出自華人學者；其中，從公共政策為出發點的更顯得不多，也缺乏系統性。由於社會醫保政策原本為一有機整體，片段式的研究無法窺其全貌，也不利於研究的準確性。因此筆者試著以較全面及扼要地方式檢視大陸的醫保政策。在分析其潛在的問題、矛盾與缺失之前，將先略述其醫改的動因及其核心內容。

參、大陸醫改的背景因素及其醫保政策體系的核心內容

一、大陸醫改的背景因素

大陸自改革開放，走向市場經濟後，大部分的醫療體系也隨之走入私有化，使得醫療費用日趨高漲；這不僅阻礙農村貧困人群脫貧的步伐，也使得已經脫貧的人群可能因病而被拋回貧困行列。聯合國《2005 年人類發展報告》對此現象曾指出：公平性是發展中國家反貧困治理的基本戰略，而因病返貧是中國大陸尤其是農村公共需求與供給不對稱的現實反映。據統計，農村貧困者中有 70% 是因疾病造成的；²⁶且由於有傳染性質的「貧窮疾病」，必會威脅到全體國民的健康，甚或經由各種方式增加社會、經濟等運行的成本。²⁷

為因應反貧困治理的嚴峻現實，大陸必須選擇符合新發展觀的綜合反貧困

²⁴ Yuanli Liu and Keqin Rao, "Providing Health Insurance in Rural China: From Research to Policy", *Journal of Health Politics, Policy and Law* (Copyright . 2006 by Duke University Press.), Vol.31, No.1 (February 2006.), PP.71-92. Yuanli Liu：哈佛大學公共衛生研究所健康政策與管理系高級講師。Keqin Rao：中國北京衛生部官員。

²⁵ Gregory C. Chow, "An Economic Analysis of Health Care in China", *Word Scientific*, April 2010. 鄒至莊（Gregory Chow）：美國普林西頓大學（Princeton University）的教授。

²⁶ 遲福林，「中國公共需求變化與反貧困治理[N]」（2005 年 12 月 16 日），2010 年 3 月 9 日下載，《人民網》，<http://theory.people.com.cn/GB/49154/49156/3947878.html>。

²⁷ 葛延風與貢森，中國醫改：問題·根源·出路，頁 43。

路徑。²⁸其中，最直接的手段，就是建構覆蓋面廣、人人看得起病的社會醫保政策，透過國民收入的再分配，對弱勢群體進行保護；²⁹因為，衛生資源的合理配置，除了依靠市場機制外，尚需充分發揮政府的宏觀調控作用。³⁰因此，胡錦濤在十七大提出：「社會保障是社會安定的重要保證」要以「基本醫療、最低生活保障制度為重點」、「健康是人全面發展的基礎」³¹的說法。這符合「商業化與市場化的道路不符合醫療衛生事業發展的規律」³²的主張。

因而關於大陸醫保政策的改革，不管是主政者的主觀判斷、內部社會的客觀需求，或是國際間的相互影響（如：聯合國《2005 年人類發展報告》針對大陸醫保問題的研究），大陸當局都得積極地加以高度關注與大力度地推動。

二、大陸醫保政策體系的核心內容

目前中國大陸社會醫療保險政策體系所依據的各項政策主體簡略整理：³³

（一）宏觀政策方面

1. 《中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見》（簡稱《醫改意見》2009 年 3 月 17 日）³⁴

《醫改意見》強調：加快建立和完善以「城職保」、「城居保」、「新農合」等共同組成的基本醫療保障體系，其他多種形式補充醫療保險和商業健康保險為補充，覆蓋城鄉居民的多層次醫療保障體系。

也提出隨著經濟社會發展，逐步提高籌資水準和統籌層次，由中央統一制定基本醫療保險制度框架，逐步實現城鄉基本醫療保險行政管理的統一等意見。

2. 《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

²⁸ 魏遙，「20 世紀 90 年代以來我國農村反貧困的理論反思與政策選擇」，*生產力研究*（北京），第 7 期（2007 年），頁 22-24。

²⁹ 田成平主編，*社會保障制度建設*，頁 5。

³⁰ 程曉明主編，*衛生經濟學*（北京：人民衛生出版社，2003 年 8 月），頁 7。

³¹ 「胡錦濤在黨的十七大上的報告」（2007 年 10 月 24 日），2010 年 3 月 9 日下載，《新華網》，<http://news.xinhuanet.com/newscenter/2007-10/24/content.htm>。

³² 葛延風與貢森，*中國醫改：問題·根源·出路*，頁 7-8。

³³ 本文所指的 8 項中國大陸醫療保險方面的「宏觀」及「具體」政策，內容總共有四萬多字，文章中所引用的內容（包括各項數據），可參閱所標註的各相關網站。

³⁴ 新華社，「中共中央國務院關於深化醫藥衛生體制改革的意見」（2009 年 4 月 6 日），2010 年 5 月 12 日下載，《中央政府門戶網站》，http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm。

年)的通知》(2009 年 3 月 18 日)³⁵

《通知》強調擴大基本醫療保障覆蓋面，提出：三年內，城鄉參保率均提高到 90%以上；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；城鎮非公有制經濟組織從業人員、靈活就業人員和農民工參加城鎮職工醫保；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等等。

(二) 具體政策方面

1. 《衛生部 財政部關於印發〈公費醫療管理辦法〉的通知》(簡稱《公費醫療辦法》，1989 年 8 月 9 日)³⁶

《公費醫療辦法》明列享受公費醫療待遇的人員涵蓋著：公務員；預算內事業單位在編人員；屬於享受公費醫療單位的離退休人員等。其重要內容有：指定公費醫療醫院及「定點就醫」的點；地方各級人民政府應設立公費醫療管理委員會；享受公費醫療人員的所在單位應設置公費醫療管理機構；辦理公費醫療關係轉移手續等等。

2. 《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》(簡稱《城職保決定》1998 年 12 月 14 日)³⁷

《城職保決定》的原則是：城鎮所有用人單位及其職工都要參加基本醫療保險，實行社會統籌和個人帳戶相結合。

其覆蓋範圍涵蓋城鎮所有用人單位。繳(保險)費方式，則是以地級以上行政區或縣(市)為統籌單位，並實行基本醫療保險基金的統一籌集、使用和管理。

重要內涵尚有：基本醫療保險費由用人單位和職工共同繳納；建立基本醫療保險統籌基金和個人帳戶；確定統籌基金的起付標準和最高支付限額等等。

³⁵ 國務院辦公廳，《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》(2009 年 4 月 7 日)，2010 年 5 月 12 日下載，《中央政府門戶網站》，http://www.gov.cn/zwgk/2009-04/07/content_1279256.htm。

³⁶ 法律快車，《衛生部 財政部關於印發〈公費醫療管理辦法〉的通知》，2010 年 5 月 12 日下載，《法律法規》，<http://law.lawtime.cn/d601011606105.html>。

³⁷ 全國人大法規庫，《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》(2005 年 8 月 4 日)，2010 年 5 月 12 日下載，《中央政府門戶網站》，http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm。

另外也規範保險的基金要納入財政專戶管理；加強定點醫療機構的管理；國家公務員在參加基本醫療保險的基礎上，享受醫療補助政策。

3. 《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的意見的通知》（簡稱《新農合意見 2003》，2003 年 1 月 16 日）³⁸

其目標和原則是：由政府組織、引導、支援，農民自願參加（參加「新農合」，大陸習慣稱之「參合」），個人、集體和政府多方籌資，以大病統籌為主的農民醫療互助共濟制度。在組織管理上，一般採取以縣（市）為單位進行統籌。籌資標準是以實行個人繳費、集體扶持和政府資助相結合的籌資機制。資金管理則是由農民自願繳納、集體扶持、政府資助的民辦公助社會性資金。另外強調：加強對農村合作醫療基金的監管，以及擇優選擇農村合作醫療的服務機構等。

4. 《國務院辦公廳轉發衛生部等部門關於進一步做好新型農村合作醫療試點工作指導意見的通知》（簡稱《新農合意見 2004》，2004 年 1 月 13 日）³⁹

內容強調，嚴禁硬性規定農民參合的指標、向鄉村幹部搞任務包乾攤派、強迫鄉（鎮）衛生院和鄉村醫生代繳以及強迫農民貸款繳納經費等錯誤做法。

要求各級政府要儘快成立新農合醫療協調領導小組，衛生部成立專家技術指導組。合理確定籌資標準；合理設置統籌基金與家庭帳戶；合理確定補助標準；探索手續簡便的報賬方式；嚴格資金管理及加強基金監管。

5. 《國務院關於開展城鎮居民基本醫療保險試點的指導意見》（簡稱《城居保意見》，2007 年 7 月 10 日）⁴⁰

規劃先試點，預計在 2010 年逐步覆蓋全體城鎮非從業居民。並逐步建立以大病統籌為主的「城居保」制度。試點原則要堅持低水準起步，堅持自願原則，不屬於「城職保」制度覆蓋範圍的中小學階段的學生、少年兒童和其他非

³⁸ 國務院辦公廳，《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的意見的通知》（2005 年 8 月 12 日），2010 年 5 月 12 日下載，《中央政府門戶網站》，http://www.gov.cn/zwqk/2005-08/12/content_21850.htm。

³⁹ 海南省衛生廳，《國務院辦公廳轉發衛生部等部門關於進一步做好新型農村合作醫療試點工作指導意見的通知》（2007 年 12 月 24 日），2010 年 5 月 14 日下載，《法律法規》，http://www.wst.hainan.gov.cn/news/news_view.asp?newsid=1277。

⁴⁰ 國務院辦公廳，《國務院關於開展城鎮居民基本醫療保險試點的指導意見》（2007 年 7 月 24 日），2010 年 5 月 12 日下載，《中央政府門戶網站》，http://202.123.110.3/zwqk/2007-07/24/content_695118.htm。

從業城鎮居民都可自願參保。

另外，恰當確定籌資水準，有條件的用人單位可以對職工家屬參保繳費給予補助。基金重點用於參保居民的住院和門診大病醫療支出，其他費用可以通過補充醫療保險、商業健康保險、醫療救助和社會慈善捐助等方式解決。有條件的地區逐步試行門診醫療費用統籌。

6. 《民政部 財政部 衛生部 人力資源和社會保障部關於進一步完善城鄉醫療救助制度的意見》（簡稱《城鄉救助意見》，2009 年 6 月 15 日）⁴¹

基本原則為：堅持統籌協調。目標任務是：築牢醫療保障底線。以健全的制度，滿足困難群眾的基本醫療服務需求。實行多種方式救助；堅持以住院救助為主，同時兼顧門診救助；逐步降低或取消醫療救助的起付線，合理設置封頂線；簡化行政程序；多管道籌集資金；嚴格基金的管理和使用等。

肆、大陸醫療保險政策體系潛在的問題及施行現況

一、中國大陸醫療保險政策的範圍、類型及基本內容

為方便評析大陸的醫保政策體系，本文將先針對幾個關鍵概念（Key Concept）進行說明和區分。然後再依據以上各項政策的簡要整理去論述大陸醫保政策體系所涵蓋的範圍、類型及基本內容，進而分析其潛在的問題及施行現況。

概念一：社會保障（Social Security）。本意為社會安全，通常是指一國政府建立的一個對全體社會成員最低生活水準、基本生活權利提供經濟保障的一系列制度安排。從不同的保障方式上看，它可以分為社會保險、社會救助、社會福利、優撫安置等。其中，社會保險是社會保障的核心部分。⁴²

概念二：社會保險（Social Insurance）。根據其特徵可將之界定為：政府通過強制保險的方式，對全體參保國民在遭遇生、老、病、死、傷、殘及失業等風險時提供保險給付，以保障其最基本的生活和醫療照護的一系列制度安

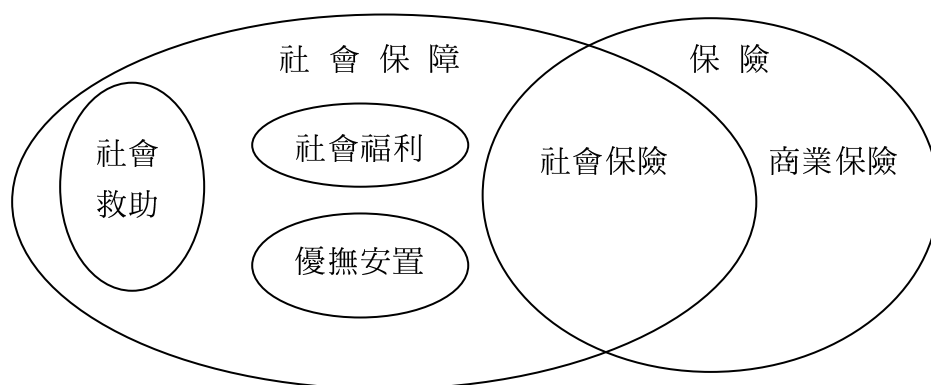
⁴¹ 中華人民共和國民政部，《民政部 財政部 衛生部 人力資源和社會保障部關於進一步完善城鄉醫療救助制度的意見》（2009 年 6 月 22 日），2010 年 5 月 14 日下載，《民政部門戶網站》，http://www.chinaacc.com/new/63_73_/2009_6_23_wa66345053132690021645.shtml。

⁴² 田成平主編，《社會保障制度建設》，頁 2-3。

排。根據被保險的對象，可以分為生育、工傷、醫療、養老、傷殘以及失業…等保險。

概念三：商業保險（Commercial Insurance）。與社會保險比較，商業保險的特徵是：它是一種商業行為，無立法強制實施；它的目的是獲取利潤；它的保費完全由投保人繳納；政府一般要對社會保險承擔財務上的最終責任，而商業保險遵循市場競爭機制；政府對商業保險進行監管，保護投保人的利益。⁴³

在瞭解上述 3 個概念之後，以圖 1 作個小結：



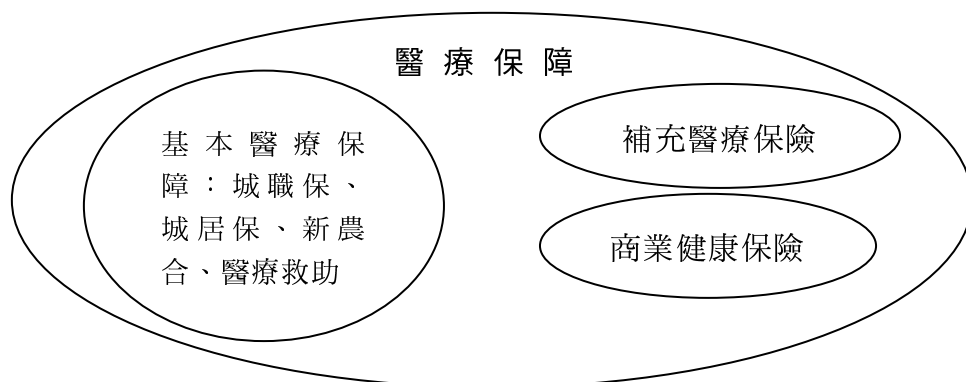
資料來源：田昭容，臺灣地區全民健保的財務困境研究——基於公共選擇視角分析，周志忍指導，北京大學政府管理學院博士學位論文（2010 年 6 月），頁 15。

圖 1 社會保障與保險相關概念間關係示意圖

接下來我們將醫療因素加入到上述概念中，並繼續區分以下概念——

概念四：醫療保障（Medical Security）。醫療保障是指國家或團體對所屬成員在醫療服務方面提供保障的一系列制度安排。根據《醫改意見》，大陸是以基本醫療保障為主，補充醫療保險和商業健康保險為輔的一種覆蓋城鄉居民的多層次醫療保障體系。其中，基本醫療保障體系又包括「城職保」、「城居保」、「新農合」和「醫療救助」。《醫改意見》鼓勵企業和個人，參加商業保險及多種形式的補充保險，以解決基本醫療保障之外的需求。據此，其相關概念間的關係圖示如下：

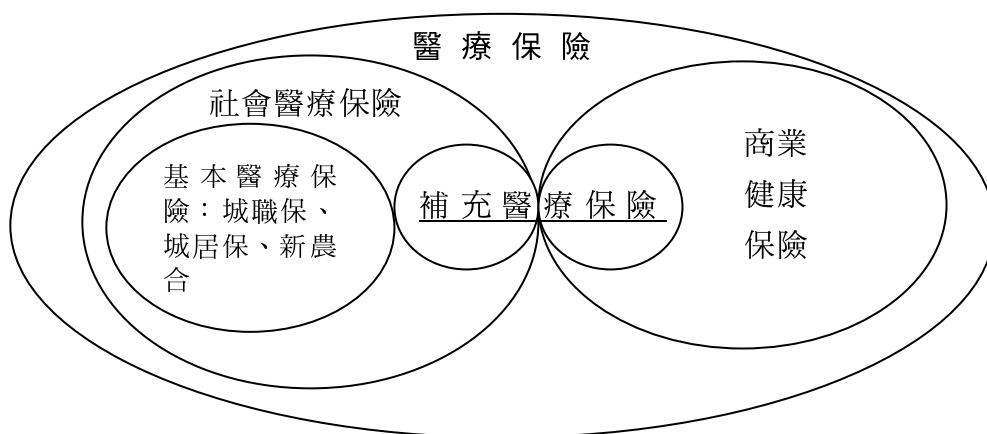
⁴³ 田成平主編，社會保障制度建設，頁 6-7。



資料來源：作者自繪

圖 2 中國大陸醫療保障體系構成示意圖

概念五：醫療保險（Medical Insurance）。它是為補償疾病帶來的醫療費用和收入損失的一種制度，將醫保費集中起來建立醫保基金，用於支付醫療保險合同規定範圍內醫療服務費用的一種保險制度安排。其理論基礎仍然是保險的大數法則，以減輕病人的經濟壓力。根據主辦者的不同，大陸的醫療保險可以分為由政府主辦的社會醫療保險、由保險公司主辦的商業健康保險。其中，前者又可以分為基本醫療保險和補充醫療保險。上述概念之間的關係可如下圖表示：



資料來源：田昭容，臺灣地區全民健保的財務困境研究——基於公共選擇視角分析，頁 93。

圖 3 中國大陸醫療保險體系構成示意圖

根據前文所述的大陸醫保政策體系的核心內容及圖 1、圖 2 和圖 3 的說明，我們可以表 1 來表示中國大陸醫療保險政策類型與基本內容：

表 1 中國大陸醫療保險政策類型與基本內容

醫療保險政策類型		醫療保險政策內容
基本醫療保險	城鎮職工醫保	1. 不同群體所適用的醫療保險種類 2. 參保原則與參保率 3. 籌資管道、繳費辦法、支付比例與報銷方式 4. 統籌單位與統籌層次 5. 醫療保險基金管理與監督 6. 醫療服務與定點醫院
	城鎮居民醫保	
	新型農村合作醫療	
	城鄉醫療救助	
	公費醫療	
補充醫療保險	商業健康保險等	7. 基本醫療保險與商業健康保險 8. 醫療保險行政主管部門與經辦機構

資料來源：作者整理

二、不同群體所適用的醫療保險種類

大陸不同類型醫療保險對應的人群如表 2 所示：

表 2 中國大陸醫療保險分類覆蓋人群對應表

醫保類型	基本醫療保險					補充醫療保險
	城鎮職工醫保	城鎮居民醫保	新農合	城鄉醫療救助	公費醫療	商業健康保險等
覆蓋人群	城鎮就業人口；城鎮混合所有制、非公有制經濟組織從業人員；靈活就業人員；農民工	城鎮非就業人口（含中小學階段的學生、少年兒童）；在校大學生；靈活就業人員；農民工	農村人口；農民工	城鄉困難人群，包括城鄉低保家庭成員、五保戶、其他經濟困難家庭人員	公務員；預算內事業單位在編人員；屬於享受公費醫療單位的離退休人員等	有需求、有條件的企業和個人

一、資料來源：作者整理

二、說明：1. 靈活就業人員：以非全日制，臨時性和彈性工作等靈活形式就業的人員，包括失業人員、辭職人員、自謀職業人員、個體經濟組織業主及其從業人員等。
2. 城鄉低保家庭：家庭人均收入低於當地最低生活保障標準、享受國家最低生活保障補助的城鄉家庭。目前，並不是所有的農村都建立了低保制度。
3. 五保是指：保吃、保穿、保醫、保住、保葬（孤兒為保教）。《農村五保供養工作條例》中的五保供養對象，主要包括村民中符合下列條件的老年人、殘疾人和未成年人：無法定扶養義務人，或者雖有法定扶養義務人，但是扶養義務人無扶養能力的；無勞動能力的；無生活來源的。

透過表 2 不難看出，大陸醫療保險政策在適用人群劃分上存在以下問題：

問題一：對國民整體進行過於瑣細的劃分，導致有的群體在適用醫保類型時，存在交叉重疊現象，例如農民工群體可以同時適用於城鎮職工醫保、城鎮居民醫保、新農合，這一方面固然為農民工增加選項，但也會讓農民工無所適從。

問題二：對國民整體劃分過細的另一個後果是，造成「國民待遇」不一致，例如公費醫療群體享受的「超國民待遇」，政策條文將其表述為「享受公費醫療」；城鎮居民醫保、新農合群體所能「享受」的醫療待遇則在支付比例、最高支付限額等方面相對較差，或可稱之為「次國民待遇」；而關閉破產企業職工及其退休人員等群體則無法享有基本醫療保險，不妨稱之為「非國民待遇」。這種差異，有違公共政策制定中的公平原則。

問題三：上述「差異」的存在，顯然違背《醫改意見》中關於「把基本醫療衛生制度作為公共產品向全民提供，……維護公共醫療衛生的公益性，促進公平公正」的總體原則和目標。具體政策內容對總體政策目標的違背，是醫療保險政策的又一個突出問題。

問題四：具體政策與總體目標之間，以及具體政策之間都存在衝突。例如，《公費醫療辦法》規定，享受公費醫療待遇的人員包括「國家正式核准設置的普通高等學校（不含軍事院校）計畫內招收的普通本專科在校學生、研究生（不含委託培養、自費、幹部專修科學生）」。然而，《醫改實施方案》卻規定，「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。」這樣一來，在校大學生將不再屬於公費醫療保障對象。經由正常程序改變某一群體所屬的醫療保險範圍可以理解，但問題在於，沒有哪個政策法規明確規定《公費醫療辦法》已經失效。這種「明目張膽」的政策內容衝突，反應了決策層忽視公共政策是對社會價值的權威性分配，且政策的自相矛盾是對權威性最大的傷害。

問題五：過細的群體劃分，造成醫保政策類型繁多，而這些不同政策類型如何有效合理地銜接，成為一個艱巨的挑戰。具體地說，城鎮職工醫保、城鎮居民醫保、新農合、城鄉醫療救助、公費醫療等不同類型的醫保政策，在經辦管理、機構設置、醫療服務、資訊系統、資金結算、基金管理等方面，是獨立門戶？各自另起爐灶？還是將它們整合在一起？整合在一起的困難又有哪些？

這些都需要認真研究。

問題六：各項醫療保險政策銜接上的困難，無論在理論上還是實踐中都已經確信無疑。然而，在《醫改意見》等多項政策中，總會發現諸如「做好城鎮職工基本醫療保險制度、城鎮居民基本醫療保險制度、新型農村合作醫療制度和城鄉醫療救助制度之間的銜接」此類表述。這實則揭示了當前大陸醫保政策制定中的另一個嚴峻問題：過度理想主義的傾向及其對潛在風險隱患的主觀遮掩，卻並不能有效防範化解被遮掩風險隱患的真實發生。這個問題在政策框架的其他部分也都或多或少地存在。

三、參保原則與參保率

參保原則主要是指自願或強制參保；參保率是指某項醫療保險實際參加人員占應參保人員總數的比例。

由於城鄉醫療救助、公費醫療屬於公共福利類型，符合條件的自然被納入（或經申請後納入）醫保範圍，因此沒有參保原則的問題，但仍有參保率的問題，即並不是所有符合條件的人員都被順利納入這兩項醫保範圍。

至於城鎮職工醫保，政策規定城鎮所有用人單位「都要參加基本醫療保險」；可見，其參保原則是強制參保。而城鎮居民醫保，政策規定「堅持自願原則，充分尊重群眾意願」；可見，其參保原則是自願參保。另外，關於新農合，政策規定「農民以家庭為單位自願參加新型農村合作醫療」，並且還特別強調「一定要堅持農民自願參加的原則」。

按常理，既然是強制參保，城鎮職工醫保的參保率理論上應為 100%，考慮到實際中的少數特殊情況，參保率也不應低於 95%；對於自願參保、參加新農合的城鎮居民醫保與新農合，則不應對參保率作出硬性規定，否則就難保不出現強制攤派等現象。

然而，《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》中卻明確規定「三年內，城鎮職工醫保、城鎮居民醫保和新農合覆蓋城鄉全體居民，參保率均提高到 90%以上」。這一方面凸顯出參保原則與參保率之間的內在矛盾：

問題一：對於強制參保的城鎮職工醫保而言，90%的參保率太低，而對於自願參保的城鎮居民醫保而言，90%的參保率則是一種違背自願原則的強制性規定；另一方面則在更深的層次上凸顯出，醫療保險政策制定過程中存在政策

子目標相互衝突的問題，作為醫療保險政策的目標之一，參保原則與參保率即存在明顯的衝突，並會導致政策執行者無所適從，即究竟是遵循自願原則，還是要努力達到參保率？

問題二：決策層和執行層想當然地認為參保率也應該達到 90% 以上的這種過於理想化的傾向，往往掩蓋了由於存在個人費用門檻導致貧困居民難以持續參保，繼而導致真實參保率難以持續保證的風險隱患；一旦風險隱患持續累積至某個臨界點，政策設計的缺陷就會集中爆發。

四、籌資管道、繳費辦法、支付比例與報銷方式

(一)《城職保決定》規定，「保險費由用人單位和職工共同繳納。用人單位繳費率應控制在職工工資總額的 6% 左右，職工繳費率一般為本人工資收入的 2%」、「起付標準以下的醫療費用，從個人帳戶中支付或由個人自付。起付標準以上、最高支付限額⁴⁴以下的，則主要從統籌基金中支付，個人也要負擔一定的比例」、「起付標準原則上控制在當地職工年平均工資的 10% 左右，最高支付限額原則上控制在當地職工年平均工資的 4 倍左右。」上述規定帶來的問題：

問題一：為了避免從個人帳戶中支付或由個人自付，參保人員具有將醫療費用提高到起付標準以上的自然反應，即使正常的醫療服務無需花費這麼多數額。

問題二：對於醫療服務的提供者（定點醫院）來說，這一激勵同樣有效，因為這可以給醫院帶來更多的收益。

上述做法的後果就是，醫療成本越來越高，統籌基金不堪負荷。我們不妨將這一問題概括為，由人的自利性所帶來的道德風險問題，這個問題在其他類型的醫保政策中同樣存在。

(二)《新農合意見 2003》規定，「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」⁴⁵「地方財政每年

⁴⁴ 「起付標準」就是指「起付線」，又叫「免賠額」；即：病患就醫時要自負一部分的費用，而「起付線」以上的醫療費用則由保險人開始承擔。「最高支付限額」就是「封頂線」，又叫「止付線」；是指：在醫療保險中，保險人所支付費用的最高限額。參閱賈洪波，〈中國基本醫療保險—適度繳費率研究〉（長春：吉林大學出版社，2009 年 75），頁 148-157。

⁴⁵ 本文的錢幣種類，如無特別說明，一律是指人民幣。

資助不低於人均 10 元，中央財政每年對中西部地區除市區以外的參合農民按人均 10 元安排補助資金。主要補助大額醫療費用或住院醫療費用」。《新農合意見 2004》規定，「可用個人繳費的一部分建立家庭帳戶，由個人用於支付門診醫療費用；個人繳費的其餘部分和各級財政補助資金建立大病統籌基金，用於大額或住院醫療費用的報銷」。上述規定帶來以下問題：

問題一：由於需按年度繳納費用，導致最貧困的、通常也是最需要醫療保險的農民，因缺乏繳費能力而未參加，這與保護弱勢群體的社會保障原則相矛盾。

問題二：由於問題一的原因，能夠持續多年參加新農合的往往是農村中相對富裕的群體。這樣一來，政府對參合者的財政補貼，就變成一種典型的「窮人補貼富人」⁴⁶逆向轉移支付，加劇農村醫療衛生領域的不平等，違背社會保障制度應當對貧困者進行轉移支付、以緩解社會不平等的基本原則。

問題三：在是否參合上存在道德風險。由於新農合實行以大病為主的醫療補償政策，健康的青壯年農民由於重大疾病發生機率較小，參保意願不高，而老、弱、病、殘等高危人群卻非常願意參加；甚至還時常出現以下情形：前一年參加新農合併獲得大病報銷補助的農民，當年參保的意願就很弱，往往會選擇不再參保，這是因為該人抱有某種心理預期，即自己不會那麼倒楣，去年得大病，今年不太可能還得大病。簡單地說，就是低風險群體的參保意願弱，高風險群體的參保意願強。這樣一來，勢必會導致醫療經費入不敷出，政府財政補助不堪負荷。這是在特定政策下農民自我利益驅動的必然選擇，這種道德風險只有依靠政策本身的改良去進行合理地規避，而不能試圖通過說服教育的方式去感化廣大農民「無私付出、且不必在乎回報」。

問題四：已經參合人員同樣存在道德風險。與城職保一樣，由於主要補助大額醫療費用或住院醫療費用，參合人員即便生小病，也會具有「把小病當作大病治」的自我衝動。定點醫院同樣具有這種衝動，因此經常出現「因感冒而住院」的情形。這不僅加重了新農合大病統籌基金的負擔，而且還共同增加了醫療總社會成本，包括農民個人自付部分也水漲船高。甚至出現以下情形：參合農民在定點醫院治病，僅其個人自付比例部分的醫療支出，就足以在非定點

⁴⁶ 葛延風與貢森，中國醫改：問題·根源·出路，頁 133。

醫院全額支付相同病症的醫療費用。

問題五：由於問題三、問題四導致新農合基金不堪負荷，為了維持該制度的持續運行，不得不提高參合農民的年人均繳費標準。而人均繳費標準的提高，無疑使得低風險的農民參合意願降低，因而難以完成 90%參合率的目標。然為了完成參合率 90%的目標，作為執行主體的各級政府就得採取「一級壓一級、層層壓任務」的做法，最終只能將責任全部壓給基層政府和村委會。由於不能違背自願原則，村幹部只能挨家挨戶強力動員農民參保，一些農民是看在村幹部的面子勉強選擇參保，對於堅持不參保的農民，則透過親友等管道施加壓力，迫使他們參保（實則為「半強制」、「準強制」），以求完成參合率的目標。此種過程實際上陷入「政策失靈漏洞—簡單填補—漏洞擴大—再簡單填補」的惡性循環。

問題六：政策執行成本不斷提高。一是由問題五帶來挨家挨戶的動員費用，不容忽視；二是為了核銷醫療費用，縣政府在縣衛生局要設立專門的「農合辦」，增配人員；且在每個鄉鎮同樣也要設立，以配備人員，擴大了行政支出。除了以上制度導致的成本外，同時，因「新農合」的統籌層次低而出現「不具備專業保險運作能力」；加上缺乏有效的監督，容易出現管理不善而付出很高代價。⁴⁷

（三）《城居保意見》規定，「城鎮居民基本醫療保險以家庭繳費為主，政府給予適當補助。對試點城市的參保居民，政府每年按不低於人均 40 元給予補助，其中，中央財政從 2007 年起每年對中西部地區按人均 20 元給予補助。城鎮居民基本醫療保險基金重點用於參保居民的住院和門診大病醫療支出，有條件的地區可以逐步試行門診醫療費用統籌。」、「要合理制定城鎮居民基本醫療保險基金起付標準、支付比例和最高支付限額，完善支付辦法，合理控制醫療費用。」上述規定同樣會帶來難以保障未達到低保標準的困難群體（低保群體由城鄉救助政策保障）、難以避免道德風險、難以抑制醫療成本抬高、難以控制政策成本上升等問題；除此以外，還產生以下的問題：

問題一：城鄉二元化所導致的保險不公。同樣是試點，政府對新農合的補助標準為每年 10 元，但城居保則為 40 元，4:1 的比例是城鄉二元化的典型表

⁴⁷ 葛延風與貢森，中國醫改：問題·根源·出路，頁 136。

現，與《醫改意見》中「探索建立城鄉一體化的基本醫療保障管理制度」的政策目標直接違背，更與各項政策或直接或間接提到的公平原則相違背。

問題二：大病統籌的政策導向致使保險低效。由於《醫改意見》中明確「從重點保障大病起步，逐步向門診小病延伸」，因此大病統籌（即大病可以用統籌基金而非個人帳戶來報銷）是所有醫療保險都需要遵守的原則和面對的問題。其問題在於：由於只報銷大病的醫療費用，各類參保、參合人員（公費醫療除外）有了小病，往往會選擇不去治療，而小病不治則極有可能拖成大病。從發生概率的角度看，小病的發生概率顯然要遠遠高於大病，對於頻繁發生的小病缺乏基本醫療保障，將導致大病增多，進而增加醫療成本，因而降低醫療保險政策實施的效率。問題一與二加在一起，明顯違背《醫改意見》中「堅持公平與效率統一」這一深化醫藥衛生體制改革的基本原則。這也印證當前大陸醫療保險政策中普遍存在「具體政策方案違背總體目標或原則」的問題。

（四）關於城鄉救助，由於不涉及個人籌資，較少存在這方面的問題。

（五）關於公費醫療，雖然也不涉及向個人籌資方面的問題，但在報銷支付方面存在很大的道德風險和制度缺漏。有觀點認為，「在中國進入改革開放階段後，這項以公有制為基礎實行的醫療保障制度開始弊端盡顯。最為人詬病的方面是其占用資源過多而覆蓋面過窄，在監管缺失下極易造成浪費橫行，效率低下。」⁴⁸《城職保決定》頒布後，雖然多數地方的公費醫療逐步併入城職保，但是《城職保決定》並未徹底關閉公費醫療的視窗。以公費醫療的最大享受群體國家公務員為例，該決定明確規定「國家公務員在參加基本醫療保險的基礎上，享受醫療補助政策。」在實踐操作中，這實際上已經成為一種「變相的公費醫療」。例如珠海市於 1998 年完成公費醫療的併軌後，於 2000 年公布一份針對公務員的補助辦法，由地方財政為每位公務員額外補貼個人工資收入 2% 的金額，使得公務員在報銷醫療費時，其個人自付及超封頂線部分亦可獲得 90% 的額外報銷。⁴⁹那麼，這般公費醫療政策究竟有哪些問題呢？

問題一：覆蓋面過窄，容易助長特權觀念與行為。公費醫療覆蓋的人群極

⁴⁸ 周瓊，「公費醫療將向城鎮職工醫保全面併軌」（2009 年 4 月 15 日），2010 年 5 月 12 日下載，《財經網》，<http://www.caijing.com.cn/2009-04-15/110145226.html>。

⁴⁹ 周瓊，「公費醫療將向城鎮職工醫保全面併軌」。

為有限，與基本醫保所宣導的「廣覆蓋」原則嚴重違背，自然談不上公平性。原勞動保障部對此的解釋是：「國家公務員是保證國家公務正常運轉，研究制定國家政策並監督國家政策貫徹實施的一支特殊隊伍，必須保證隊伍穩定，高效廉潔，他們的健康問題直接關係到國家機關的運行效率。同時，在現實國情下，中國的國家公務員的收入水準還不能提高到應有的水準，對醫療費用的負擔能力有限。因此，為了保證國家公務員的健康水準和國家機關的勤政廉政，保證國家公務員醫療待遇水準不下降，《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》規定對公務員實行醫療補助。」⁵⁰顯然，這一解釋的說服力較為有限和勉強。

問題二：實施過程中存在嚴重的道德風險。早在 1991 年 7 月，時任國務院總理的李鵬在同全國財政稅務工作會議代表座談時就指出，「公費醫療開支大量突破指標的問題不能任其發展」。⁵¹之所以開支大量超標，是因為公費醫療享受者缺乏有效的個人支出約束；⁵²同時，公費醫療政策還缺乏嚴格的個人身分認證，如「一人公費醫療全家都揩油」的情形大量存在，很多醫院甚至為公費醫療專設「開藥診室」，公費醫療者無需出示真實處方，即可任意「拿藥」（因為個人付費極低，所以稱為「拿」）。這樣一來，公費醫療者的全家老小乃至親朋好友都可以跟著「沾光」，這無疑導致公費醫療的財政支出成為一個巨大的無底洞。

五、統籌單位與統籌層次

所謂統籌單位，簡單地說，就是醫療資源分享、醫保待遇一致的區域，例如以縣或市為統籌單位；相應地，統籌層次則是指統籌單位在國家行政體制中所處的層級。

《醫改意見》規定，「隨著經濟社會發展，逐步提高籌資水準和統籌層次」。

《城職保決定》規定，「基本醫療保險原則上以地級以上行政區（包括

⁵⁰ 國務院，《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》（2005 年 8 月 4 日），2010 年 5 月 1 日下載，《全國人大法規庫》，http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm。

⁵¹ 財政部 1992 年《關於加強公費醫療管理嚴格控制公費醫療經費過快增長的通知》，此《通知》雖已失效，但援引其中部分內容仍能說明問題。

⁵² 譬如：醫療總支出為 100 元，其個人只需支付 10~20 元。

地、市、州、盟)為統籌單位,也可以縣(市)為統籌單位,北京、天津、上海3個直轄市原則上在全市範圍內實行統籌(以下簡稱統籌地區)。」

《新農合意見 2003》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,在起步階段也可採取以鄉(鎮)為單位進行統籌,逐步向縣(市)統籌過渡。」

《城居保意見》規定,「對城鎮居民基本醫療保險的醫療服務管理,原則上參照城鎮職工基本醫療保險的有關規定執行」。這意味著,其統籌單位也以地級市為主。

根據上述規定,目前除3大直轄市的市區範圍以外,⁵³大陸其他區域實施的是地級統籌或縣級統籌、甚至還有鄉鎮統籌。由統籌層次過低帶來的嚴重問題是:隨著社會發展與人員頻繁流動,異地就醫的情況十分普遍。但受制於統籌單位與統籌層次的限定,患者在統籌單位之外的地方就診將無法享有基本醫療保險服務,從而造成「保險不便」。

結果,此「保險不便」的問題,加之前述的「保險不公」、「保險不足」,共同構成了醫療保險政策的「三不問題」。

六、醫療保險基金管理與監督

社會醫療保險的監督是社會醫療保險管理不可或缺的組成部分及環節,監督可確保醫保順利實施的「制約功能」、參與每項具體醫保管理活動的「參與功能」、偵測與防止醫保偏差的「預防功能」和即時的訊息「回饋功能」等的發揮;如此才能處理妥醫方、患方、保險人、投保機構、療效、醫療費用等彼此兩兩間出現的矛盾。據此,以下將檢視大陸各項基本醫保基金的監管問題:

54

《醫改意見》規定,「加強對醫療保險經辦、基金管理和使用等環節的監管,建立醫療保險基金有效使用和風險防範機制」「基本醫療保險基金納入財政專戶管理,專款專用,不得擠占挪用。」

《城職保決定》規定,「社會保險經辦機構負責基本醫療保險基金的籌集、管理和支付,並要建立健全預決算制度、財務會計制度和內部審計制

⁵³ 《國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定》中提到:「…基本醫療保險原則上以…為統籌單位, …, 北京、天津、上海3個直轄市原則上在全市範圍內實行統籌…。」。

⁵⁴ 仇雨臨主編,《醫療保險》(北京:中國勞動社會保障出版社,2008年10月),頁336-338。

度。」「審計部門要定期對社會保險經辦機構的基金收支情況和管理情況進行審計。統籌地區應設立由政府有關部門代表、用人單位代表、醫療機構代表、工會代表和有關專家參加的醫療保險基金監督組織，加強對基本醫療保險基金的社會監督。」

《新農合意見 2003》規定，「農村合作醫療經辦機構要定期向農村合作醫療管理委員會彙報農村合作醫療基金的收支、使用情況；要採取張榜公布等措施，定期向社會公布農村合作醫療基金的具體收支、使用情況，保證參加合作醫療農民的參與、知情和監督的權利。縣級人民政府可根據本地實際，成立由相關政府部門和參加合作醫療的農民代表共同組成的農村合作醫療監督委員會，定期檢查、監督農村合作醫療基金使用和管理情況。」「審計部門要定期對農村合作醫療基金收支和管理情況進行審計。」

《城居保意見》規定，「要將城鎮居民基本醫療保險基金納入社會保障基金財政專戶統一管理，單獨列賬。」試點城市要「加強對基本醫療保險基金的管理和監督，探索建立健全基金的風險防範和調劑機制，確保基金安全。」

《城鄉救助意見》規定，「要加強對城鄉醫療救助基金的管理」，「做到基金收支基本平衡，略有結餘。基金結餘較多的地區，應逐步降低基金結餘率，到 2011 年，各地累計結餘的資金一般應不超過當年籌集基金總額的 15%，且要按規定及時結轉下年使用，不得挪作他用。對於結餘資金過多的，上級財政、民政部門應根據情況減撥或停撥補助資金。」

上述規定將會帶來：

問題一：監督容易流於形式。以上雖然對醫療保險基金的監督措施都作出詳細的規定，但要注意到，所有監督措施都沒有超出統籌單位與統籌層次。換句話說，地方政府既是醫保政策的制定者、執行者，同時又是監督者。這種集多重角色於一身的監督，很容易流於形式。在實踐中，醫保基金被挪用的現象仍然時有發生，就是監督不嚴的最佳證明。

問題二：管理與監督成本過高。從以上規定可以看出，為了管理醫保基金，不同類型醫保政策都成立不同的管理組織以及監督組織，這些組織原本可以合而為一，但由於政策本身的分立，只能選擇分別自立門戶，從而導致管理成本提高。此外，由問題一中闡述的監督不嚴，導致監督環節所耗費的成本也不容忽視。

問題三：道德風險依然存在。已經發現一些地方財政在農民個人繳費到位後，不及時下撥補助資金，並且弄虛作假，套取上級財政補助資金。此外，由於城鄉救助基金採取「收支基本平衡，略有結餘，逐步降低基金結餘率」的財務預算原則，並且「對於結餘資金過多的，上級財政、民政部門應根據情況減撥或停撥補助資金。」在這種情況下，地方政府具有想方設法削平基金結餘的衝動，通過變相挪用、另立名目等方式迅速降低救助基金池的水位，從而獲得上級政府部門的撥款補助。

總之，就現行的大陸醫療監管體制存在的問題來看，既存在著「有法不依、執法不嚴的問題」，也存在著「無法可依、立法過粗以及立法不當的問題」。⁵⁵

七、醫療服務與定點醫院

在醫療服務提供上，每項醫保政策都有設置定點醫院的相關規定，具體如下：

《城職保決定》規定，「基本醫療保險實行定點醫療機構（包括中醫醫院）和定點藥店管理。勞動保障部會同衛生部、財政部等制定定點醫療機構和定點藥店的資格審定辦法。社會保險經辦機構要根據中西醫並舉，基層、專科和綜合醫療機構兼顧，方便職工就醫的原則，負責確定定點醫療機構和定點藥店」。

《新農合意見 2003》規定，「縣級衛生行政部門要合理確定新型農村合作醫療定點醫療服務機構，制定和完善診療規範」。

《城居保意見》規定，「通過訂立和履行定點服務協定，規範對定點醫療機構和定點零售藥店的管理，明確醫療保險經辦機構和定點的醫療機構、零售藥店的權利和義務」。

《城鄉救助意見》規定，「各級民政部門要會同有關部門，建立醫療救助定點醫療機構的准入和退出機制，實行動態管理。定點醫療機構原則上在城鎮居民基本醫療保險和新型農村合作醫療確定的範圍內選擇。」

《公費醫療辦法》規定，「指定公費醫療醫院，定點就醫。定點醫院的確定應由公費醫療管理機構和享受單位商定。」

⁵⁵ 葛延風與貢森，中國醫改：問題·根源·出路，頁314。

可見，不僅每項醫保政策都要限制定點醫院，而且定點醫院的選擇權還分別掌握在勞動保障部門、衛生部門、民政部門、公費醫療享受單位等部門或單位手中，導致在審批定點醫院過程中，更容易滋生權力尋租等腐敗行為，這是問題一。

問題二是，經由付出腐敗成本成為定點醫院之後，為了收回成本，定點醫院通常都會故意加大治療成本。醫生在治療時，通常都會問是不是參保或參合人員，如果是，那麼正常的用藥和治療方法就會改用昂貴藥物，或原本只需三天劑量，改為十天劑量等等。如此一來，不僅增加醫療成本，而且扭曲正常的醫療衛生運行體制。因為參保或參合人員，在就醫時只能選擇可以報銷醫藥費的定點醫院，而不能自由選擇心目中的理想醫院，因而不利於正常市場競爭機制的運行。這實際是給了定點醫療機構一定的壟斷特權，因此在收費和服務方面也就失去了市場競爭機制的約束，同時對非定點醫院也構成市場歧視，扭曲正常的醫療體制。

八、基本醫療保險與商業健康保險

《醫改意見》中規定，「加快建立和完善以基本醫療保障為主體，其他多種形式補充醫療保險和商業健康保險為補充，覆蓋城鄉居民的多層次醫療保障體系。」

然而，目前商業健康保險嚴重不足，一方面普通民眾缺乏投保意識，另一方面政府也沒有釐清與市場、與社會之間的邊界，既會造成基本醫療保險將要承受的負擔過重，又會因為缺乏市場競爭導致醫療保險效率較低。

九、醫療保險行政主管部門與經辦機構

（一）行政主管部門

大陸醫療保險政策涉及部門眾多，主要包括衛生部、人力資源和社會保障部（人保部）、發展和改革委員會（發改委）、財政部、民政部、中國保險監督管理委員會（保監會）等；其中主責部門為衛生部。⁵⁶

衛生部為國務院組成部門，其涉及醫療保險的主要職責是：推進醫藥衛生體制改革，擬訂衛生改革與發展戰略目標、規劃和方針政策；負責新型農村合

⁵⁶ 關於衛生部職責、機構等方面的內容，可查閱百度百科，「衛生部」，2010 年 5 月 15 日下載，《百度網》，<http://baike.baidu.com/view/126359.htm>。

作醫療的綜合管理。衛生部內涉及醫療保險的機構包括：規劃財務司，負責提出醫療服務價格、藥品價格、基本醫療保險費用結算等政策的建議；農村衛生管理司，承擔新型農村合作醫療工作，擬訂有關政策、規劃並組織實施。全國各級衛生行政部門結構，由上而下為：衛生部，省、自治區及直轄市衛生廳（局），地區及地級市衛生局，縣及縣級市衛生局，鄉及鎮衛生院。

人力資源社會保障部為醫療保險另一重要行政主管部門。⁵⁷其與醫療保險相關的職責有：統籌建立覆蓋城鄉的社會保障體系，統籌擬定城鄉社會保險及其補充保險政策和標準，組織擬訂全國統一的社會保險關係轉續辦法，會同有關部門擬訂社會保險及其補充保險基金管理和監督制度。人保部內有關醫療保險的機構包括：醫療保險司，統籌擬訂醫療保險政策、規劃和標準，擬訂醫療保險基金管理辦法，組織擬訂定點醫療機構、藥店的醫療保險服務管理、結算辦法及支付範圍，擬訂機關企事業單位補充醫療保險政策和管理辦法；社會保險基金監督司，擬訂社會保險及其補充保險基金監督制度、運營政策和運營機構資格標準，依法監督社會保險及其補充保險基金徵繳、支付、管理和運營。

這裏面存在的主要問題是：諸多行政主管部門各自具有不同的思維角度和部門利益（通常被稱之為「部門行政」），相互之間難以協同一致，甚至相互推諉，不利於醫療保險政策的制定與執行。

為了解決上述問題，往往會在這些部門之上建立由國務院副總理或副秘書長帶頭的「領導小組」或「協調小組」等臨時機構，或要求這些部門自行成立由主責部門帶頭的「部際聯席會議」，希藉此克服「部門行政」的弊病。這一做法的確能夠暫時緩解各部門之間相互推諉的情形，畢竟各部門會坐在一起就醫療保險政策共同進行研商，能夠減少一些誤解和盲區。但從長遠看：

問題一：設置臨時機構並不能從根本上解決「部門行政」的問題，因為部門並不會因為臨時機構的存在而甘願長期犧牲其自身利益。

問題二：隨著臨時機構權威性的逐步遞減，部門行政的問題隨時會故態復萌。況且，隨著臨時機構的設置數量越來越多、頻率越來越高，臨時機構本身也存在疊床架屋、職責交叉的弊病，更談不上為醫療保險政策的制訂、高效實

⁵⁷ 關於人力資源社會保障部職責、機構等方面的內容，可查閱中華人民共和國人力資源和社會保障部印發，《國家人力資源和社會保障部主要職責內設機構和人員編制規定》（2009年3月27日），2010年5月15日下載，《國辦文件》，<http://www.yysbb.gov.cn/news.asp?id=1797>。

施提供保障。

(二) 經辦機構

社會醫療保險經辦機構包括：職工醫療保險機構、新農合經辦機構、城鎮居民醫療保險的機構，醫療救助機構、商業保險經辦機構，以及醫療服務機構內和用人單位內的相關機構，乃至城市社區醫療保險服務機構和具有綜合服務功能的市民服務中心。

各類醫療保險政策之間難以無縫銜接，這一問題在醫療保險經辦機構上得到了最鮮明的體現：

問題一：因為每一項醫療保險政策，都需要自上而下組建一整套經辦機構，並要配備相應的經辦人員，導致政策執行成本居高不下。

問題二：不同經辦機構各自為政，資訊、資源得不到共用，大大降低了醫療保險政策的執行效率。

伍、結 語

總括而言，中國大陸醫療保險政策的內容，各自存在的種種問題，不外乎環繞在如表 1 所列的：一、不同群體所適用的醫療保險種類，二、參保原則與參保率，三、籌資管道、繳費辦法、支付比例與報銷方式，四、統籌單位與統籌層次，五、醫療保險基金管理與監督，六、醫療服務與定點醫院，七、基本醫療保險與商業健康保險，八、醫療保險行政主管部門與經辦機構 8 項內容所衍生的相關問題，這些問題都在一定程度上引起、催生、加劇或激化了「看病難、看病貴」的現實狀況，亟待全面、系統地加以分析，並從理論上找出可能的解決方案。

最後，藉由臺灣現行的全民健保政策與其運行中的財務困境問題，對中國大陸社會醫療保險政策的描述與問題分析，提出以下的想法，提供正在推動醫改的大陸當局一些參考：

建議一：大陸是否需要實行「強制參保」？因為大陸尚未形成統一的全民健保體系，在醫保公平性上是一項缺失。實施全面性的「強制參保」，除了可

避免「逆向選擇」的問題外，也符合保險原理中的「大數法則」。⁵⁸

建議二：大陸是否需要實行「總額預算」？若比照臺灣，實行「總額預算」，應對控制年度醫療費用增長能產生一定程度的抑制效果。

建議三：大陸是否需要防範「道德風險」？實際上，透過「總額預算」可抑制醫療機構的道德風險。而較澈底地實行「轉診制度」，亦可抑制被保險人的道德風險；因為不經轉診就直接去大醫院看診，則大幅提高其自付比例。如此抑制因道德風險而導致「醫療價格的攀漲和醫療費用的激增」的設計，應可在一定程度上緩解大陸普遍存在的「看病難」的問題。⁵⁹

建議四：大陸是否需要優化「外部環境」？與臺灣民眾一樣，大陸民眾也有逛醫院、多開藥（愛吃藥）、做高科技檢查等習慣；尤其是自己只需承擔一小部分醫療費用時，上述習慣表現得特別明顯。簡言之，兩岸民眾在樹立正確的保險及就醫觀念上，都還有很長的一段路要走；因此兩岸的政府都可以採取加強宣傳教育等多種方式，促進民眾正確就醫觀念、養成節約醫療資源等習慣，為控制醫保費用創造良好的外部環境。

建議五：臺灣全民健保財務困境很大程度上來源於民主政治體制下的公共選擇模式，即：政府為了拉攏選民，甘願承受全民健保的過度支出或資金配置結構的不合理。現今大陸沒有頻繁的投票選舉、激烈的政黨競爭等外部環境因素，這大大地減少了政策制訂過程中的障礙。所以大陸應可妥善利用這一優勢，廣泛徵求有關各方意見，作出科學、合理的決策；如：調漲「新農合」保費或其他方面的政策調整等。

總之，關於兩岸現行的健保（醫保）政策，應可相為借鑒，取長補短，以提高醫療健康保險的公平性與效率性。

⁵⁸ 學者仇雨臨在他主編的「醫療保險」一書中提到「基於保障全體公民基本醫療水準的社會醫療保險制度，必須強調全員參保。」更多的內容可參閱：仇雨臨主編，**醫療保險**，頁 275-276。

⁵⁹ 仇雨臨主編，**醫療保險**，頁 87-120。