

第七章 結 論

本論文自第三章起，以治理的觀點去分析中國在醫療改革上的種種措施。中國的醫療改革自 1980 年代起算迄今已有 20 年，過去絕大部份研究醫療改革的文獻多半著眼在費率的調整與三方攤派比例的改變，是否能為國家財政所負擔，以及對中國社會主義國家福利體制的影響。作者認為這樣的觀點恐有見樹不見林之憾，因此作者試圖用綜合了巨觀與微觀的視野與角度，用中國政府公佈的政策、文件與法令去將中共醫療改革的過程去重新整理分析，得出了下列結論：

首先，就是醫療改革已經初步的建立了治理的新模式，這個治理的模式就是以基金國家為主要特徵的基本醫療保障體系。從行政的角度來說，基金體制已經取代預算成為中國的醫療費用的主要支出。若是以管理機關的角度分析，醫療改革的過程可以說是中央政府將管制權力逐漸往地方政府在傾斜的過程；在機關上也開始由政府機關朝向半官方機構轉移。根據作者研究發現，中國國家在醫療職能範圍上的管理組織與權限，是朝向精簡化與放權的方向發展。

第二、「基金國家」的思維已經開始在中國生根，作者認為這種半官方機構運作公共權力的治理模式已經獲得初步的成功，至於是否能成功運用到其他領域，則端視醫療與其他社會保障改革的經驗是否能夠成功而定。惟「基金國家」與基金預算的管理經驗中國政府仍是屬於「摸著石頭過河」的邊作邊學階段，因此未來仍有相當大改革與改變的空間。而中共內部文件中關於相關體制的檢討與修正也多是朝向法治化與制度化的方向前進，在此同時歐陸的經驗也常見於其內部文件的討論中。因此在可以想見的未來，中國「基金國家」的體制將會呈現與現在不同的風貌，但是「基金國家」的大原則將不致有太大的變化。

第三、在費率與藥品的問題上，這是中國政府管制醫療經費支出的兩項最主要工具：費率基本上是外在的工具（主要是病患），藥品的管制是屬於內在的工具（主要是醫院）。就費率而言，可以看到醫療成本由國家逐步轉移到三方負擔的過程，這個過程我們不能用單純用所謂的市場化或是私有化的角度來看，更多

的意義是在於風險與成本的分攤。而在藥品的管制問題上，則可以發現中國政府用各種方法對藥品進行管制，管制層級之複雜遠較歐美為勝，所謂市場機制的的作用極其有限。同時中國政府也透過對藥品的管制與醫院必須集體招標採購藥品的等措施，去企圖降低以藥養醫與用藥浮濫等弊端。所以，研究中國醫療改革的成本降低問題若是僅著重費率體制的改變而忽略掉醫藥的管制，否則將可能難窺全貌。

其次在歐美醫藥市場的管理上，半官方的公會組織往往負有一定程度的責任，在中國則是由於無類似的組織，因此由國家一體承受所有責任，所管轄的範圍與事務也是既深且廣。而相較於其他歐美國家，醫療職能範圍雖然也都有極為嚴格的管制，但是在自由經濟國家的出發點都是政府為了維持醫療職能範圍的有效運作，而所採取最小性與必要性的措施。因此這個差異性也深刻影響到中國在醫療職能範圍的作為型態。

而且綜觀整個中國的醫療體系的改革措施，我們可以發現中國政府的改革措施與出發是為了政策的目的作考量，醫療職能範圍或是市場機制的建立僅屬附帶與配合性的角色，作用相當有限。此時，政府的角色或是政治力量不僅凌駕於市場或是醫療職能範圍之上，同時也居於決定性的地位。甚至在部分地方的社會保障基金瀕臨破產之際，即刻就有要求中央插手建立「全國統籌之社會保障基金」的呼聲出現，因此事實上政府的責任與財政負擔並未減輕太多。

在可見的未來，中國的基本醫療體制是否能運作順暢的關鍵，就是在於是否能夠建立完整的相關配套市場機制的措施；同時還能夠配合經濟與社會的發展，適度引進與增加所謂的「市場機制」或是外在的競爭誘因之比例，以啟動其內在改革與自我調整機制，並讓政府的角色與政治的力量逐漸減少與退出。唯有如此，才能真正達到改革與減輕政府財政負擔之原始目的。

就醫療改革的成效而言，我們可以自表 7-1 可以發現，中國衛生的衛生費用雖然持續在成長，醫療改革一連串的措施卻降低了成長比率。作者認為衛生經費在數字上的成長，主要是隨著人口與社會經濟發展等諸多因素逐年攀升。但是若

是由衛生經費占國家財政比例觀之，自 1996 年實施各地基本醫療體制之後，比例逐年降低。到 2000 年所佔比例與過去相較，降回到 1960 年代的比例。因此作者認為，基本醫療體制的實施可以說在降低國家整體財政負擔比例上，取得了初步的成功。而這樣的結果若是以福利國家理論與治理的觀點來解釋，就是中國已經成功降低了財政的壓力，同時也成功的重建其國家的正當性。

表 7-1 中國各個時期衛生事業費

	衛生事業費	國家財政支出	科教文衛事業費	衛生事業費	
	(億元)	(億元)	(億元)	占國家財政支出%	占科教文衛事業費%
一五時期	14.55	1 345.68	110.21	1.08	13.20
二五時期	23.34	2 288.67	193.54	1.02	12.11
調整時期	18.84	1 204.98	126.89	1.56	14.85
三五時期	44.50	2 518.60	225.82	1.77	19.71
四五時期	65.62	3 919.60	341.98	1.67	19.19
五五時期	113.64	5 247.35	566.73	2.17	19.71
六五時期	215.35	6 952.00	1 171.73	3.10	18.38
七五時期	354.06	13 978.30	2 439.40	2.53	14.51
八五時期	619.82	26107.02	5203.97	2.37	11.91
九五時期	1,129.64	57,043.49	10,907.20	1.98	10.36
1996 年	187.57	7,937.55	1,704.25	2.36	11.01
1997 年	209.20	9,233.56	1,903.59	2.27	10.99
1998 年	225.10	10,798.18	2,154.38	2.08	10.45
1999 年	235.60	13,187.70	2,408.10	1.79	9.78
2000 年	272.17	15,886.50	2,736.88	1.71	9.94
2001 年	313.50			1.66	

注：1.從 1987 年開始，衛生事業費不再包括中醫事業費和醫學科研經費；2.衛生事業費算數不含公費醫療經費部分；3.本表均按當年價格計算。¹

其次，以 2002 年底的中國官方網站上所公佈的統計資料顯示，在 2002 年末全國絕大部分地級以上統籌地區組織實施了基本醫療保險，參保人數 9400 萬人人，比上年末增加 2114 萬人，增長 29.0%。其中參保職工 6926 萬人，參保退休人員 2474 萬人，分別比上年末增加 1455 萬人和 659 萬人。全年基本醫療保險基金收入 607.8 億元，支出 409.4 億元，年末基金滾存結餘 450.7 億元。²到 2003 年底，

¹資料來源：<http://www.moh.gov.cn/statistics/digest01/Ty11-130.htm>與 2003 年衛生統計提要 (2003.06.23) <http://www.moh.gov.cn/statistics/digest03/t29.htm>。

²資料來源：<http://www.molss.gov.cn/news/2003/04301.htm>

全國醫療保險參保人數為 10,895 萬人，比上年底增加 1,495 萬人，其中，參保職工人數為 7,977 萬人，參保退休人數為 2,918 萬人，分別比上年底增加 1,051 萬人和 444 萬人。³因此就覆蓋率而言，實施基本醫療保險的成效尚稱不錯。

縱上所述以整個醫療改革的過程來檢證治理理論，我們可以發現在中國的經驗之下成功的治理並不必然是要以財產權為中心的私有化，經濟誘因的引進一樣有很好的效果。其次，由於醫療職能範圍的特殊性，致使國家必須主動介入與提公共財。因此如果以國家的角度來說，國家如果能成為一個公平的裁判，建立公平的遊戲規則或是市場機制，一樣能達到善治的目標。因此治理理論給醫療改革的重大啟發，就是國家可以由一個提供者轉化為一個市場秩序的維護者。而且很顯而易見的，就是擔任一個市場秩序的維護者比起一個提供者來說，成本要低上很多。因此治理理論與醫療改革給中國最大的啟示，就是中國國家其實不必事必躬親，將權力與責任適度委讓給其他的機構或團體，也可以有不錯的成效。

而若是以東歐各國醫療改革的方向與經驗借鏡，柯爾奈與艾格拉斯東(Kornai and Eggleston, 2003)，提出了九項原則，作者用以檢證中國的醫療改革過程，或許更能發現中國醫療改革的問題，並預測未來可能之發展：

- (一) 個人自主權：指要推進的改革政策必須增加個人在福利服務領域的決策範圍，並減少政府的決策範圍；中國的醫療改革在這方面的做法主要是個人掛鉤精神的引進、醫生與醫院的選擇權等。
- (二) 一致性：幫助受苦與處於困境劣勢中的人；中國醫療改革主要的做法是擴大覆蓋面積到失業者等措施。
- (三) 競爭性：不應該存在國家壟斷一切，應該允許在不同所有型式與協調機制間存在著競爭機制；中國醫療改革的做法是建立醫藥市場的競爭關係。未來外資的醫院引進後，甚至會造成醫院之間的競爭關係。

³ 資料來源：<http://www.molss.gov.cn/news/2004/0216.htm>

- (四) 有效激勵：必須建立鼓勵效率的所有制與控制型式；中國醫療改革的做法就是建立個人帳戶與社會統籌。從某個角度來說，個人帳戶形同私人所有制，個人也會基於理性與自利的觀點加以利用。
- (五) 政府的新角色：政府在福利部門的主要功能就是必須提供一個法律的架構，監管非國有機構，並最終提供最後的救助與保險。政府有責任保證每一個公民獲的基本醫療保險之權利。中國醫療改革的做法包括了監督基金的半官方組織的建立、基本醫療體制的建立、失業醫療體系的建立等均屬之。
- (六) 透明性：公民必須明確了解國家所提供的福利服務，與對此進行融資的稅賦之間的聯繫。改革必須是經過公開的，公眾知曉的討論後才能實施。政治家與政黨必須宣布其福利部門政策為何與如何進行融資。目前中國的醫療改革在此部分僅有片面的作為，其內容僅包括用戶可以上網查詢個人帳戶總額、政府定提供合格藥品資訊等，但是在另一方面，對於統籌帳戶或是基金的剩餘、基金投資的盈虧等則是莫測高深。
- (七) 方案的時間要求：必須留出時間，讓福利部門的新機構得以發展，讓公眾學會適應。中國醫療改革目前的做法是採「摸著石頭過河」的漸進式的改革，這個改革模式的重大特色就是有充分的時間，讓所有的機構逐漸微調且適應。
- (八) 和諧成長：用於直接促進快速成長的投資資源，與用於經營與發展福利部門的資源之間存在著和諧的比例。
- (九) 可持續融資：政府預算必須有能力為履行政府義務提供持續融資。中國醫療改革的做法雖然是採用預算脫鉤的基金國家的方式進行，但是由於基金的投資管道與法律的雙重限制，讓原本的基金國家體制原意盡失。未來基金崩潰可能會連帶造成國家的財政崩盤。

由前述的原則來說，中國的醫療改革幾乎涵蓋了絕大部分原則，但是在許多

方面也顯然是有所不足。其中最為嚴重的問題就是競爭性、透明性的不足與不可持續的融資。而這些原則之所以無法落實的背後因素，則是由於市場化的不足或是金融市場的不健全所致。而若是以治理的角度來說，國家與其是引進所謂「假的市場機制」，還不如建立公平的市場競爭機制，成效要來的好。因此作者認為，若是以此角度思考中國在醫療改革上可能會產生下列發展或變化趨勢：

- (一) 外資醫院進入醫療職能範圍：可以預期的是在進入 WTO 以後，中國的醫療服務業勢必開放。一旦允許外資醫院進入中國醫療職能範圍，必定會給原先各級醫院經營壓力，甚至是打破寡占之局面。屆時可能會有醫院因經營不善而倒閉，也有可能會有部分醫院內部管理改革成功而獲重生。可以預見的是各醫院之間的競爭關係會因此而加劇，原先許多的改革措施推動速度也會加快與加深。因此未來營利性的醫院勢必大量增加，非營利性的醫院勢必大量減少。至於這是否會給中國這個社會主義國家帶來福利政策的衝突，則將是一個新的議題。
- (二) 基金經營的多元化：隨著中國金融與股票市場的制度化，未來政府基金的管理可能不限於政府的定向債券，也有可能會向股市或是金融市場進軍，以創造營收。據作者發現上海已初步嘗試將部份基金投入股市，惟成效並不明顯。作者認為，未來這可能會是一個重要的發展趨勢，也可能連帶帶動相關金融產業的發展。
- (三) 部份城市基本醫療體制將會破產：由於中國實施基本醫療改革時間尚短，因此許多城市的基金積累相當有限，許多城市的基本醫療體制幾乎形同現收現付制度。除了前述的投資管道有限，致使基金積累不易外。部分城市由於老人過多，更會加速蝕空社會統籌部分。而一旦社會統籌被蝕空，基本醫療將會破產，造成新的正當性危機。
- (四) 社會保障稅的徵收與全國性的調劑基金將造成中央勢力的抬

頭：由於目前以行政手段徵收社會保障費用問題很多，改革意見也層出不窮，未來徵收社會保障稅幾乎是一個不可避免的方向。只是一旦中央插手介入社會保障稅的徵收與分配，無可避免的中央的勢力必定抬頭壓過地方。此外全國性的調劑基金目前也有呼聲要求建立，一旦建立全國性的調劑基金勢必會讓中央的勢力深入地方事務。這除了與治理的理論勢必將產生矛盾外，對於中央與地方的權力分配，也將會造成新的衝擊。

- (五) 政府在醫療與公共衛生的角色與責任勢必加重：在 2003 年 SARS 危機之後，突顯的最大危機就是在於中國政府在醫療與公共衛生投資的不足，論者甚至要求加強相關公共衛生投資，以增加醫療保障水準。(王紹光,2003:52-90) 這個方向與中國政府實施醫療改革的目的正好是相反，未來中國政府勢必陷入這個兩難當中。也就是說，中國政府如果要提升醫療水準或是保障範圍，必定要增加公共衛生投資；但是限於財政困難醫療保障經費又無法投入更多。這個難題的選擇，未來可能成為中國政府正當性的新挑戰。