

## 第三章 中國醫療改革的 管理機關與權責變化

在第一章探討治理的理論特徵時，作者歸納了治理的觀點，認為其首要特徵就是探討國家權力是否朝向地方政府的下放與管理組織的分化。從治理理論的角度來說，權力的下放與分化不僅是權力由中央政府向地方政府傾斜，更重要的是權力由正式的官僚機構轉移給半官方與民間的機構與組織。中國自 1949 年建政以後，幾乎將所有的權力運史都集中在政府官方機構上。作者認為，如果能夠發現中國政府將權力的運作由官方機構轉移到半官方機構或是民間機構，無疑的這是極端具有理論意涵的一件事。因為這代表著中國的治理改革已經由官方自身的改革，開始走向官方與民間的協力運作。

中國的醫療保障體制自 1950 年代開始的公費醫療與勞保醫療體制，一直到 1994 年的「兩江模式」與 1998 年以後的城鎮基本醫療體制，可以看到權力與組織結構由中央集權到地方分權的過程。在這個過程中，權力如何由中央下放到地方；組織結構如何由中央的政府機關或是國家機器主導，讓渡轉型給地方政府或是半官方機構主導。簡單的說，如果這個過程不存在，治理的首要特徵也不復存在。因此本章將以此為出發，探討在中國實施醫療改革的過程中，國家與管理機關的權責與變化的過程。作者認為，如果整個醫療改革的過程是朝向中央與地方分權，與國家機關讓權給半官方機構的趨勢發展，則將確立中國新治理模式的首要特徵。

### 第一節 中國醫療保障制度的概述

整體來說，1980 年代以前的中國大陸的醫療保障制度，最主要的是公費醫療與勞保醫療體制。茲分述如下：

(一) 公費醫療制度：公費醫療制度最初是中國大陸對機關與事業單位工作人員所實施的一種制度。中國大陸的公費醫療制度起源甚早，早在 1950 年代就已經開始實施。最早在 1952 年以前，只在部份地區重點實施。1952 年 6 月國務院頒佈了「關於全國人民政府、黨派、團體及所屬事業單位的國家工作人員實行公費醫療預防措施」後開始在全國擴大實施，同時隨著經濟的發展，適用範圍也愈來愈大。<sup>1</sup>由於實施公費醫療的是機關與事業單位，這些單位大多沒有業務收入，或雖有收入但是不足以抵償支出。所以公費醫療的經費是由國家通過財政預算的方式去加以編列開支。而公費醫療的經費數額則是根據職工對醫藥方面的實際需求、國家財力、醫藥衛生事業單位三方面所能提供的資源綜合考慮的。也就是按照每人每年享受公費醫療待遇的預算定額加總，將經費撥交地方管理使用，實際超支部份則是由財政補貼。

在 1979 年以前，公費醫療款項支出屬於衛生事業費用一項，由於實際開支超出預算定額，對其他衛生經費產生了排擠效應。於是自 1980 年起中國政府將公費醫療由衛生事業費中畫出，單列一項預算。同時還規定公費醫療經費專款專用，單位統一使用之原則，同時也准將公費醫療經費平均分給個人，也不由個人自行購藥。當然，其間更規定了享受公費醫療待遇的患者必須到指定的醫療機構就診，以降低醫療開支。同時為了審核公費醫療經費的有效運用，醫療費由醫療機構統一向有關單位結算。中國也在各級政府建立了公費醫療機構的管理部門，負責審核各單位公費醫療的享受人員與金額，並調節醫療服務單位與就醫單位的協調與聯繫工作，統籌支付公費醫療的費用，監督有關規定的貫徹與實行。

由於公費醫療制度的不夠完善，公費醫療制度在 1960 年代就曾因不堪負荷而進行過數次改革，以控制費用的大幅成長。<sup>2</sup>其他如對藥品與管理上的限制更

---

<sup>1</sup> 目前享受公費醫療待遇的是主要是各級政府機關及所有全民所有制單位（包括民主黨派、公會、青年團、婦聯等人民團體，文化教育、衛生、科研等事業單位）的工作人員與退休人員。此外，還有二等乙級以上革命殘廢軍人，國家正式核准設置的高等學校學生，派駐享受公費醫療單位的人民武裝幹部，在華工作的外籍專家及其隨住家屬等（衛興華,1994: 133）。

<sup>2</sup> 例如：在 1965 年 10 月所頒佈的『關於改進公費醫療管理問題的通知』中，明定享受公費醫療

多，<sup>3</sup>其目的都在控制公費醫療費用的過度膨脹。

(二) 勞保醫療制度：勞保醫療制度是對國營企業職工實行的健康保險制度。該項制度的最早起源是在 1951 年由當時中央人民政府政務院（國務院前身）所頒佈的「中華人民共和國勞動保險條例」。在 1953 年所再次修訂的「中華人民共和國勞動保險條例」更是將勞保制度的適用範圍給大大擴張。<sup>4</sup>勞保醫療制度與公費醫療制度大體相同（其制度比較見表 3-1）其中勞保醫療當然也遇到了支出費用大幅成長的問題，因此中共官方自 1966 年起也開始實施了一系列的規定，<sup>5</sup>同時在經費的來源上，也實施不同的改革措施，<sup>6</sup>以抑制費用的不正常成長。

表 3-1 公費醫療與勞保醫療制度之比較

免費醫療	資金來源	管理單位	實施範圍	免費項目	交費項目
公費醫療	國家預算撥款	政府衛生部門	國家機關及事業單位的工作人員與離退休人員；高校學生；復員軍人二等以上殘疾者	治療、醫藥、檢查、住院、手術、接生、計畫生育手術、因公受傷住院膳費；外地就醫路費；特殊住院者膳費；假肢費	掛號費及其他
勞保醫療	企業職工福利基金	企業行政部門	企業職工及其直系親屬；離退休人員	同上	掛號費；家屬治療交半費；家屬住院費；赴外地就醫的交通費等

資料來源：(周永新, 1989: 11)

待遇的人員治病的門診掛號費與初診費用改由個人繳納，不得在公費醫療經費中報銷（衛興華, 1994: 134）。

<sup>3</sup> 例如在 1960 年時規定不能報銷的藥品只有 6 種，到 1966 年時多達 102 種，到 1975 年時達到 175 種，到 1982 年時又規定凡是標有「健」字的藥品均不予報銷（衛興華, 1994: 133-4）。

<sup>4</sup> 規定凡有工人 100 人以上的國營、公私合營、私營與合作社經營的工廠、礦場及其他附屬單位；鐵路、航運、郵電的各企業單位與附屬單位；工礦、交通事業的基本建設單位及國營建築公私的職工人員，全部實施勞工醫療保險。

<sup>5</sup> 在 1966 年規定企業職工非公傷患的掛號費、出診費均由職工個人負擔，職工所供養的直系親屬除手術費、要費仍實施半價外，掛號費、檢查費、化驗費均由個人支付。在 1977 年，衛生部、財政部、國家勞動總局又下達了勞保醫療自費藥品的範圍。但是對於有毒有害特殊工程所引起的疾病，持有職業病診斷書者可以報銷自費範圍的藥品。

<sup>6</sup> 中共規定勞保醫療經費屬於職工福利金，他是按照企業職工工資總額與國家規定之比率再生產成本下列項開支。在解放初期是 3%，1957 年調到 4.5% - 5.5%，在 1969 年 11 月，財政部規定將企業獎勵基金、福利費、醫療衛生費合併為「企業職工福利基金」，按工資總額 11% 提取，其中醫藥衛生費仍是工資總額的 5.5%，提取的經費由企業本身負責管理，超支部份由企業自己承擔。而在企業管理改革後，凡屬利潤留成的企業由利潤留成中提取員工福利基金，不再計入成本，勞保醫療基金仍在福利基金中按照工資總額的 5.5% 提取。

這兩種醫療保障制度在實施了近 30 年之後產生的問題很多，其中包括了衛生資源配置比例失調，醫療服務發展不均衡；<sup>7</sup>城鎮醫療費用大幅膨脹，成為國家嚴重的財政負擔；<sup>8</sup>管理不力與浪費嚴重；農村醫療保障甚為薄弱等因素，使得醫療保障制度到了非改革不可的境地。

一般來說，中國的醫療保障制度改革共可分為兩階段，第一個階段是在 1980 年代初期到 1992 年間；另一個階段是由 1992 年迄今。在第一個階段最大的變化，並不是在於醫療保險經費的籌措，而是在於醫療服務機構的運作與補償制度朝向市場化傾斜。換句話說，這一階段主要是以費用控制為中心，在 1985 年以前主要是針對消費者實施費用分攤；因此在 1985 年以前是強調對醫院的控制。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的統籌，從另一個角度說就是以行政手段控制醫療費用的增長。這個方向在 1993 年底中共中央第十四屆三中全會中所通過的「中共中央關於建立社會主義市場經濟體制若干問題的決定」與 1994 年 4 月國家體改委、財政部、勞動部、衛生部聯合頒佈「關於職工醫療制度改革的試點意見」中得到了基本的確立，並在江蘇省鎮江市與江西省九江市進行醫療保險改革的試辦，<sup>9</sup>希望能以

<sup>7</sup> 根據中國統計出版社出版的「中國第三產業年鑑」記載截至 1992 年為止，還有 12% 的農村連最基本的醫療點都沒有，全國性的醫療隊伍雖然在增加，但現有的鄉村醫生卻比 1978 時減少了 51%，衛生員減少 85%，農村接生員減少了 40%；而在全國 5140,000 衛生從業人員中，鄉村衛生人員卻僅有 1700,000 名，但是農村人口卻佔了全國人口的 70% 以上。而且再以疾病的醫療與預防保健為例，各項與防保健機制已嚴重落後，甚至使醫療保健已經無法達成預期的政策目標。例如平均每一位專職的婦幼衛生從業人員所要照顧的人口就高達 1,0600 人，平均服務面積達 93 平方公里，全國 7 歲以下兒童接受健康檢查的只有 45.1%，兒童的保健僅佔所有兒童總人數的，35%。（中國統計出版社編，1993:501-02）

<sup>8</sup> 根據鄭功成的研究指出，1993 年中國鄉鎮中享受公費或勞保醫療待遇的總費用是 400 多億元；在第 7 次 5 年計畫期間，國家財政總收入年遞增 10%，而公費勞保醫療費用則是年遞增 23.2%，勞保醫療費用總額更是從 1980 年起至今增長了 6 倍，這些鉅額款項都是由中共政府從財政撥款與企業福利金中撥款，但是享受者卻不到中國總人口的 25%。另外，公費醫療人數的成長也是相當驚人，在 1980 年時僅為 1500 萬人，到了 1993 年時卻成為 3000 萬人，14 年間成長了快一倍之多；勞保醫療的直接受益人在 1980 年為 7000 萬人，到了 1993 年時卻成為 1.4 億人，成長也是一倍，其他如藥品價格的成長等因素致使平均每位門診病人的醫療費用由 1986 年的 4.4 元，到 1991 年已經是 13.7 元，到 1992 年為 17.2 元，到 1993 年時已經高達 25 元，在 7 年間成長了 4.7 倍，平均每年遞增 28.7%，漲幅相當驚人。（鄭功成，1994: 319-20）

<sup>9</sup> 兩江模式的改革措施主要有下：（一）企、事業單位與職工共同繳納醫療保險費，單位按照上年度醫療費用佔工資總額的一定比例繳納保險費；（二）建立社會統籌醫療保險基金與個人醫療保險帳戶，單位繳納保費的一半建立社會統籌醫療保險基金，由專門機構統籌管理使用；另一半與職工個人繳納款項則是建立個人醫療保險帳戶，歸個人所有，同時不僅專款專用，還可以結轉

使用者付費的原則從而降低醫療保費的增長。

簡單來說，中國城市地區所進行的醫療改革重點包括（一）改變醫療費用的籌集方式，由改革以前的各單位自行籌集改成各地方政府籌集，以增加醫療保險基金承擔風險的能力，同時還可以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的問題；（二）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，並希望能從而制約了需求者對醫療保險的過度需求。（徐滇慶、尹尊聲、鄭玉歆等編,1999: 576）

## 第二節 醫療政策改革前的國家管理機關與組織結構

醫療保障是中國的國家政策，因此在政策的制定上往往是由國家一條鞭式的去加以制定。例如：合作醫療章程（1979 年生效）是由衛生部頒發，公費醫療管理辦法（1989 年生效），就是由衛生部與財政部聯合發佈。同時在經費上，在改革前公費醫療也幾乎是由國家預算所支應。因此，我們在分析中共醫療保障政策的變化之時，國家角色的分析是不可避免的。本節將以隸屬管轄與財政預算兩個角度出發，探討國家在醫療保障政策改革中前後的角色變化。

為何要由財政的角度來加以論述呢？這主要是由於目前中國醫療改革最為突出的問題是醫療機構補償機制的健全。中國的公立醫院實行的是財政差額補助，再加上醫療服務收費的「複合補償」的模式。多年來，由於財政補償不足，與技術勞務收費標準低於成本，致使「以藥養醫」的弊端而為人詬病。醫療保障制度改革加大了對醫療機構行為的制約力度，抑制了醫療機構的業務收入。但是由於醫療機構收支的差距日益加劇，解決醫院成本補償問題已成為醫院生存與發展的核心問題。為保證政府對醫療機構的改革，制定扣除財政補貼的「準成本」

---

與繼承；（三）職工醫療費用先由個人帳戶自付，個人帳戶不足時由個人自付，個人自付款項超過本人工資 5%時，由社會統籌醫療保險基金支付，個人實行共付；（四）提高病人選擇就醫的自由度，增加定點醫院之個數；（五）配套進行醫院資格審查與醫療服務價格調整等措施。（陳智明, 1995：18）

收費標準，以及醫藥分離等改革措施將成為之後一段時期的重點。因此財政補助之餘勢必有行政監督的關係存在，因此財政的角度也將是作者所必須加以注意的觀點。

另外，若是就中央與地方管制機關的主導性的強弱角度來區分，又可以將管制形態分成四個類型：中央主導型、分權管制型、放任無管制型與地方主導型四個類型，（見圖 3-1 所示），所謂中央主導型乃是指一切衛生與醫療保障政策均由中央機關進行管制，地方機關無權置喙，例如：醫療改革之前的公費醫療；地方主導型指由地方衛生機關進行管制，中央原則上勢將權力下放到地方政府，中央至多僅在原則與大方向上進行監督，例如 1998 年的基本醫療保障體制或是改革以後的合作醫療體制；第三則是分權管理型，則是指中央雖然負擔醫療保障政策的管制，但允許地方政府在一定的空間之下進行因地制宜的調整（例如費率或是保障範圍），例如「兩江模式」所進行的改革實驗；最後則是指放任無管制型，主要是指中央與地方政府都不會在醫療保障政策上進行干預，完全委由私人的保險公司進行，例如美國的例子。

而若是以醫療職能範圍與政府的干預效果來說，作者認為中央主導型充分顯現出強烈的政策主導性格，政府的施政目標將會蓋過一切因素，所謂的效率與經濟等因素幾乎都是次要或是完全不予考量；放任無管制型則是中央主導型的對比，無論是中央或是地方政府都完全退出醫療職能範圍的運作，一切都交由醫療職能範圍自己去決定，此型態市場性格最為明顯；分權管制型則是充分體現出過渡性格，因為中央管制機構仍緊抓著大方向，僅將部份權限下放給地方政府進行因地制宜的自我調整；至於地方主導型則仍是屬於政府管制類型之一，只是將管制權限下放到地方政府而已，因此政策主導性格仍然十分強烈，只是地方主導型會因應本地方特有的經濟、社會或是市場條件而有所調整，以因應本地區的特殊需求或是生態環境、市場與效率因素。也就是說在不影響中央政策大方向的前提下，這些因素均會納入考量，因此富有折衷性格。

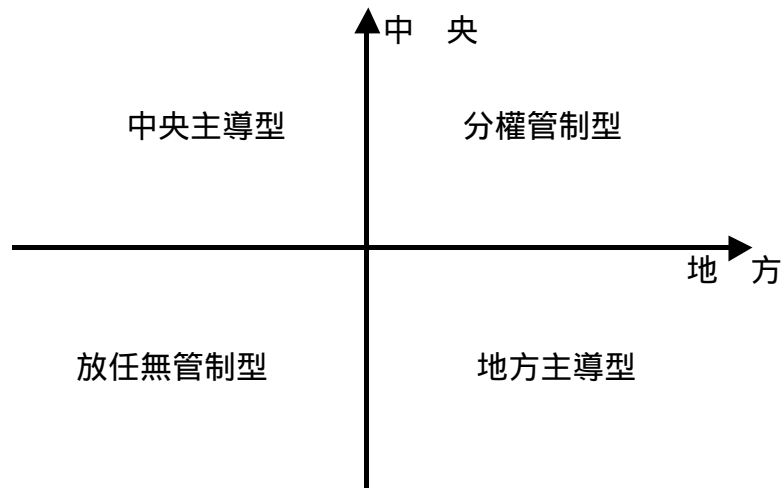


圖 3-1 中央與地方管制機關的類型劃分  
本圖由作者自行整理

#### 2-1 醫療改革前的公費醫療管理機關

首先就管轄與監督權來說，公費醫療制度淵遠流長，早在延安時期中共就已經有實施類似制度。在 1949 年建國之後，於 1952 年的指示<sup>10</sup>中明定，「在中央一級責成中央衛生部、政務院機關事務管理局、中央人事部、中央勞動部、中央財政部、中央教育部、中央建築總處等單位組成公費醫療預防實施管理委員會，並規定由中央衛生部負主要責任……」，在地方政府部份，則是「大行政區人民政府（軍政委員會）、省（市）人民政府（行署）均應分別責成衛生部門會同有關部門組成該級公費醫療預防實施管理委員會」。<sup>11</sup>在 1950 年代初期的公費醫療制度由於醫療保障的人員所屬機關龐雜，因此在中央層級相關事務的管理上是採用跨部會的委員會的方式進行統籌管理，主要的權責在於衛生部，其他部會則是居於協助衛生部的角色；在地方層級的情形也是類似。

在管理機構上其人員之組成，則是衛生、人事、勞動、財政、教育、建築等

<sup>10</sup> 見 1952 年 6 月 27 日政文字第 47 號「中央人民政府政務院關於全國各級人民政府、黨派、團體及所屬的事業單位的國家工作人員實行公費醫療的預防指示」。

<sup>11</sup> 同上註。

各部門各指派一負責人員組織之。以衛生部門的代表為主任委員，人事與財政部門的代表為副主任委員。<sup>12</sup>而各級政府也應最少指定一家以上的醫院，專門負責公費醫療的工作，<sup>13</sup>享受公費醫療待遇的人員也只能憑著憑證到指定的醫院或門診部診療。<sup>14</sup>各城市的衛生行政機關，則應設公費醫療預防處（科），統一管理全市的公費醫療事宜，而各機關所原設的衛生所與衛生科則應逐步撤銷，撤銷後則由各地公費醫療預防處（科）另設保健員與醫師，而在未撤銷前則由各地的公費醫療預防處（科）統一管理。

各級人民政府的公費醫療預防實施管理委員會的任務與權責，則主要是在督導公費醫療政策的推動與落實，<sup>15</sup>在 1989 年所公佈「公費醫療辦法」則是將相關權責予以明文化與制度化。<sup>16</sup>由此觀之，各級人民政府的公費醫療預防實施管理委員會的工作，堪稱是跨部門的整合，其所對下位的隸屬單位則是各地區所指定之專門負責公費醫療工作之醫院。就「公費醫療預防實施管理委員會」的組織結構的觀點來說，此時期的公費醫療管理機構僅停留在任務性的臨時編組，而沒有常設性的機構。

就監督的權力來說，中央層級的衛生部與財政部有著平行監督的權力。<sup>17</sup>由於各級政府是將公費醫療納入各地方政府的財政預算，並由各級衛生機關專款專用。因此從某個角度來說，衛生事業也屬於各地方政府的業務監督權責，各級地方政府在相關業務上也有財政監督之權責。

在 1979 年明定公費醫療在國家預算中單列一款，不得擠佔衛生事業費或是其他部門的經費。<sup>18</sup>至於中央各直屬單位設在地方者，其人員所屬之公費醫療費

---

<sup>12</sup> 在 1952 年 8 月 24 日經政務院批准的「國家工作人員公費醫療預防實施辦法」第 4 條之規定。

<sup>13</sup> 同上註第 5 條之規定。

<sup>14</sup> 同上註第 9 條之規定。

<sup>15</sup> 同上註第 3 條之規定。

<sup>16</sup> 見 1989 年 8 月 9 日衛計字（89）第 138 號所公佈的「衛生部、財政部關於印發『公費醫療管理辦法』的通知」與「公費醫療管理辦法」第 15 條之規定。

<sup>17</sup> 見 1952 年 8 月 5 日 52 年財衛聯字第 2 號「財政部、衛生部關於公費醫療預防衛生支出預算包括內容級計算標準的通知」。

<sup>18</sup> 見 1979 年 8 月 2 日（78）財事字第 156 號「財政部、衛生部關於整頓和加強公費醫療管理工作的通知」第 2 項之規定。



用則由中央直接撥給地方衛生行政機關統籌統支。<sup>19</sup>各地衛生行政機關對公費醫療預防費用的收支狀況，則必須按照財政預算制度向財政部門核報外，也應呈報衛生部備查。<sup>20</sup>因此，就此一時期的公費醫療體制來說，財政部與衛生部可以說是中央兩大監督機構。其中，財政部門主要是負責財政監督，衛生部門則主要是負責行政監督。

## 2-2 醫療改革前的勞保醫療管理機關

在 1951 年由當時中央人民政府政務院（國務院前身）所頒佈的「中華人民共和國勞動保險條例」是該項制度的最早起源。由於勞保醫療的支出主要是來自於企業內部的福利金，因此在企業內部「醫務勞動鑑定委員會」的管理乃成為重點，此時國家角色反而退居第二線。基本上只要是適用「勞動保險條例」的廠礦企業就必須成立「醫務勞動鑑定委員會」或是「鑑定小組」，該委員會或是小組應受地方衛生部門或是上級工會的領導與監督，並定期在企業的行政會議上向上述部門報告工作，<sup>21</sup>而當各項任務執行過程中有不同意見時，可以提交地方衛生部門、勞動部門和上級工會組織研究解決。<sup>22</sup>

而各工廠與企業內部的「醫務勞動鑑定委員會」是由該廠礦企業的醫療單位、行政、工會、人事和技術安全有關部門的負責人參加組成，人數約 5 到 11 人。該委員會由的主任委員則是由企業的行政副廠長（副經理）擔任，副主任委員則是由企業醫療單位的負責人和工會負責人擔任。

各礦廠企業的「醫務勞動鑑定委員會」的任務，在於確實審核勞保醫療的確

---

<sup>19</sup> 同第 12 註第 8 條之規定。但是在 1953 年的 53 衛字第 93 號「衛生部關於公費醫療的幾項規定」，第 2 條規定，自 1953 年起改由當地衛生機關負責造報人數統一辦理，不再由中央撥款。

<sup>20</sup> 同上註第 11 條之規定。

<sup>21</sup> 見 1957 年 2 月 16 日 57 衛崔字 68 號、57 會險通字 19 號「衛生部、全國總工會關於重點試行『批准工人、職員病、傷、生育假期試行辦法』和『醫務勞動鑑定委員會組織通則』」中附件二『醫務勞動鑑定委員會組織通則』第 2、3、5 條之規定。

<sup>22</sup> 同上註第 14 條之規定。

實支出，<sup>23</sup>其費用的支出全部來自於勞動保險基金。而勞動保險基金是由工會基層委員會用以支付各項撫恤費、補助費與救濟費及本企業集體勞動保險事業的補助費。每月結算一次，其餘額全部轉入省、市工會組織或產業工會全國委員會戶內，作為勞動保險調劑金（以下簡稱調劑金）。調劑金由省、市工會組織或產業工會全國委員會用於對所屬各工會基層委員會勞動保險基金不足開支時的補助，或舉辦集體勞動保險事業之用。各產業工會全國委員會得授權其地方機構，掌管調劑金的調用。

在管理機構與權責上，中華全國總工會對所屬各省、市工會組織、各產業工會全國委員會的調劑金，有統籌調用之權，並得用以舉辦集體勞動保險事業。如省、市工會組織或產業工會全國委員會調劑金不足開支，得申請中華全國總工會調撥調劑金補助之。而勞動保險金，除用於勞動保險事業外，不得移作其他用途。各企業的會計部門，均須設立勞動保險基金的獨立會計，負責辦理勞動保險基金的收支。中央人民政府勞動部也會同中華全國總工會也制定了勞動保險基金的會計制度，以對勞保基金進行會計監督。<sup>24</sup>

在勞動保險事業的執行與監督方面，由於各工會基層委員會，為執行勞動保險業務的基層單位。各工會基層委員會的經費審查委員會，應按月審核勞動保險基金收支帳目等各項費用。<sup>25</sup>而各省、市工會組織，各產業工會全國委員會或地區委員會對所屬各工會基層委員會的勞動保險業務，負指導督促之責，審核勞動保險基金的收支月報表、預算、決算，並向下列單位進行報告：（一）各省、市工會組織向當地人民政府勞動行政機關及大行政區工會組織報告；（二）各產業工會全國委員會向中華全國總工會及中央人民政府勞動部報告。

<sup>23</sup> 同上註第 9 條到第 13 條之規定。

<sup>24</sup> 見 1953 年 1 月 2 日所公佈通過之「中華人民共和國勞動保險條例」第 9、10 條之規定。

<sup>25</sup> 同上註第 6 章第 25-26 條相關之規定。

因此中華全國總工會為全國勞動保險事業的最高領導機關，統籌全國勞動保險事業的進行，督導所屬各地方工會組織、各產業工會組織有關勞動保險事業的執行；審核並匯編勞動保險基金及總基金的收支報告表，每年編造勞動保險金的預算、決算、業務計劃書及業務報告書，並送中央人民政府勞動部、財政部備查。因此勞動部、財政部可以說是中華全國總工會的上級監督單位。而各級人民政府勞動行政機關應監督勞動保險金的繳納，檢查勞動保險業務的執行，並處理有關勞動保險事件的申訴。<sup>26</sup>在醫療改革前，勞保醫療的管制機關權責隸屬關係如圖 3-2 所示：

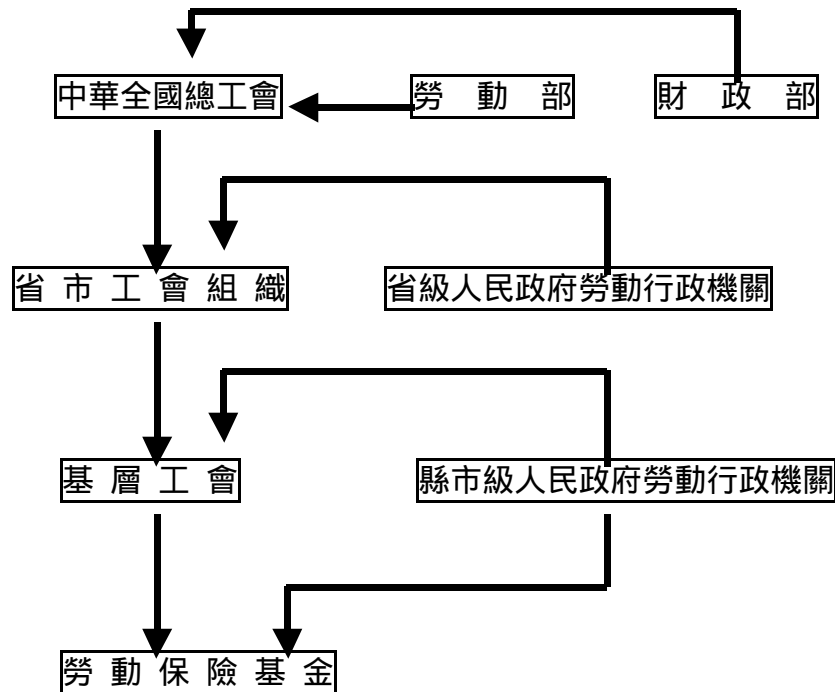


圖 3-2 醫療改革前勞保醫療管制機關權責隸屬圖  
(本圖由作者自行整理)

由圖 3-2 可以發現在勞保醫療體制下，各級工會受到各級政府勞動行政機關的行政與財政監督，形同各級政府勞動行政機關的下級機關。其次在最基層的勞動保險基金上，則是受到縣市級政府勞動行政機關的監督。因此作者認為，在勞保醫療的體制下，是屬於中央集權的體制。

<sup>26</sup>同上註第 6 章第 27-31 條相關之規定。

整體來說，勞保醫療的管制權責主要是在各級工會之手，各級的勞動行政與財政部門對此僅負有行政上監督之權責。但是由於中國的各級工會組織深受國家機關的管制，同時共產黨的黨組織又附隨在各級工會。因此我們在觀察中國工會的體系時，必須注意此一特質，不能將工會與其他歐美國家之利益團體等而視之。

#### 2-3 醫療改革前的管理機關評述

就整體而言，由於公費醫療的主要經費來自各級政府的預算支出，因此政府的角色最為重要，政府負有行政與財政監督之權責；其他在勞保醫療部份，由於主要的經費支出並非來自政府預算，而是來自工廠內部的福利金或是自我募集，因此政府或衛生部門僅屬於一個被動監督之角色，主要負責管制的還是該礦廠企業、生產大隊或是公社的行政部門。

但是在實際運作而言，在 1980 年代以前，中國政府對公費醫療還是屬於醫療支出照單全收的狀況，因此若是從醫療職能範圍的角度而言，所謂「市場」的功能與特色並不明顯，國家還是有絕對性的支配地位。同時此時國家在此方面的監督重點仍舊屬於節流（例如對藥品的控管），並未在開源（例如與個人支出掛鉤）上有所動作。是故政府在此一時期的角色，可以說幾乎是不考慮刺激性誘因，政策目標可以說是唯一的考量。

在勞保醫療與合作醫療方面則由於權力下放至單位、工礦廠企業或是生產大隊與公社，此外這些單位也多半自設醫療站或是醫院，因此是屬半封閉體系，除了在藥品的購買上，與醫療職能範圍幾乎是脫鉤的狀況。而且即使是在藥品購買的問題，由於有轉診制度存在，因此這些醫療站或是醫院主要是負責處理例行性的小病或是職業病，因此在藥品上與醫療職能範圍的關連性也非常薄弱，並不容易受到外在醫療職能範圍動盪所影響。

在公費醫療部份，公費醫療預防實施管理委員會是屬於綜合協調性的機構，

本身並不與其他單位存在著監督或是制衡關係，因此實難有效率或經濟性可言。而衛生部門在其中的選手兼裁判，很容易讓政策目標的關懷蓋過經濟或效率的關注。因此作者認為，一方面由於公費醫療體制中的管制僅是單方面管制，不存在著部門相互監控與制衡關係，另外一方面則是勞保醫療與公費醫療的各自為政，致使政府監管不一鞭長莫及，因此很容易產生不經濟的狀況。最明顯的狀況就是會因腐化而造成醫療經費的不正常成長，或是蝕空勞保醫療基金的情形。

### 第三節 1980 年代的改革與「兩江模式」中的國家管理機關組織結構

自 1984 年開始，為了增強個人、單位與醫院對控制醫療費用的支出責任，以及遏止醫療費用的過快增長，醫療費用改由醫院代管，實施醫療費用與個人、單位和醫院三方掛鉤。個人醫療費用定額包幹，超過部份按一定比例報銷。<sup>27</sup>目前仍有相當一部份的城市還在執行此一制度。而在部份地區則實施大病醫療保險費用社會統籌辦法，地方的社會保險部門按職工工資的一定比例提取為統籌醫療保險費，個人先負擔部份醫療費用，超過部份則由統籌基金按比例支付。目前該制度全國仍有 500 多個城市在實施，共覆蓋 8,000,000 個職工。（王東進, 2001a: 110）這些制度的推動與實施，是在中央控制政策大方向的前提下交給各地方政府去因地制宜的實施，因此中央與地方分權的色彩非常濃厚。

在 1992 年為了加強醫療改革工作的領導，在國務院的領導下由國家體改委、衛生部、勞動部、財政部、人事部、醫藥局、物價局和全國總工會組成醫療體制改革小組，由國務委員李鐵映擔任組長，劉鴻儒、陳敏章、李沛瑤、徐志堅、劉積斌等人擔任副組長，另外還有人事部、醫藥局、物價局與全國總工會的負責人參加，國家體改委、衛生部、勞動部、財政部各抽一名司長級幹部參加此項工作。在內部運作上，醫療體制改革小組的日常工作由體改委總司權責，同時進行

---

<sup>27</sup> 見 1984 年 4 月 28 日所公佈「衛生部、財政部關於進一步加強公費管理的通知」。

綜合研究，衛生部負責研究公費醫療改革方案，勞動部負責勞保醫療改革方案。有關醫療改革的問題由三方面協商，重要問題，形成初步方案報小組討論。該小組如遇比較重大問題，還可以專題提報國務院。<sup>28</sup>而在衛生部決定成立「公費醫療制度改革領導小組」，並下設「全國公費醫療管理與改革辦公室」。領導小組由衛生部長陳敏章出任，孫隆椿、何界生、顧英奇擔任副組長，組員有曹榮桂、支峻波、遲寶蘭、潘學田、劉新明、蔡仁華（兼辦公室負責人）。全國公費醫療管理與改革辦公室與全國公費醫療事務管理中心（為部直屬事業單位）合署辦公。<sup>29</sup>同時在各省、自治區、直轄市至少要找一個城市、一個縣、一家醫院、一家企業的試點工作，不斷總結試點經驗。另外，四平、丹東、黃石、株洲四城市的試點工作，可以摸索不同的改革模式。到 1993 年底為止，全中國已經有 221 個縣級市實施大病統籌醫療。在全國其他各地的改革措施中，個人也或多或少負擔部份醫療費用。

1992 年鄧小平南巡講話與共產黨的十四大，提出了建立社會主義市場經濟的目標，並且開始大刀闊斧的推動醫療改革。在 1993 年初，國務委員彭珮云帶領了勞動部與衛生部有關人員視察九江與鎮江兩城市，並對醫療改革制度的試點工作進行了部署。隨後勞動部、衛生部、國家體改委、國家計委、財政部等部門分別在九江與鎮江成立連絡小組，並負責檢查醫療制度改革試點準備工作的狀況。1994 年 4 月中共國務院宣佈在江西的九江與江蘇的鎮江實施試點工作（人稱「兩江模式」），<sup>30</sup>其基本原則在於建立社會統籌醫療基金與個人帳戶相結合的社會保障制度，並使之覆蓋城鎮所有的勞動者。

以 1992 年的深圳的職工醫療保險試點為例，深圳市的職工醫療保險就是由深圳市的醫療保險管理局負責職工醫療保險業務，統一籌集，統一管理醫療保

<sup>28</sup> 見 1992 年 5 月 4 日國辦函（1992）35 號函「國務院辦公廳關於進一步做好職工醫療制度改革工作的通知」。

<sup>29</sup> 見 1992 年 5 月 21 日衛政發（1992）第 20 號文件「衛生部加強公費醫療制度改革試點工作的通知」。

<sup>30</sup> 見 1994 年體改分（1994）51 號文件「國家體改委、財政部、勞動部、衛生部印發『關於職工醫療制度改革的試點意見』的通知」。

險。<sup>31</sup>而在其所下屬的南山區所實施的社會共濟與個人帳戶相結合的試點實施方案中，更是明定該試點是根據中共第十四屆三中全會「決定」和國家體改委、財政部、勞動部、衛生部「關於職工醫療制度改革的試點意見」鎖定的原則規範，並經深圳市領導同意，在南山區所舉辦的試點活動。而主管業務之機構則為南山區醫療保險管理局。<sup>32</sup>而對醫療保險基金的管理，則是在銀行中設立一個單獨帳戶，進行一定時期的封閉運作實驗。並提取 2% 作為管理費，其中 0.5% 由市醫保局支配使用……；1% 由南山區醫療保險管理局支配使用；……0.5% 由單位支配使用。<sup>33</sup>而該基金的管理是由南山區醫療保險管理局、約定醫療單位與市醫療保險局所組成的醫療保險小組加以管理，該小組負責醫療費用的控制、醫療服務監督、以及具體施行細則和賞罰的相關規定。<sup>34</sup>因此，從 1980 年代以降的各地區社會統籌與個人帳戶的試點工作，大多是在中央公佈大原則大方向，地方政府在此原則之下根據自身的社會與經濟條件提出相對因應的試點辦法。在此原則之下，中央與地方政府均各自有其管制權限。

若是就試點的管理機關的角度而言，1994 年的試點在中央機關是由國家體改委主導，財政部、勞動部、衛生部等機關協同辦理，在地方則是由中央責成地方人民政府辦理；<sup>35</sup>到了 1996 年擴大試點之時，在中央層級國務院設立了職工醫療保險制度改革試點領導小組（在性質上是屬於辦公會議型式），領導小組下設辦公室，該辦公室由國家體改委主導，財政部、勞動部、衛生部等機關派員參加組成。在試點城市的職工醫療保障制度改革工作，由各省、自治區、直轄市人民政府領導與組織實施，並派一位政府主要負責人負責該項工作，以切實掌握工

<sup>31</sup> 見 1992 年所發佈深府（1992）178 號「關於印發『深圳市社會保險暫行規定職工醫療保險實施細則』的通知」之附件『深圳市社會保險暫行規定職工醫療保險實施細則』第二條之規定與『深圳經濟特區醫療保險條例』第二章之相關規定。

<sup>32</sup> 同上註之「深圳市南山區所實施的社會共濟與個人帳戶相結合醫療保險模式試點實施方案」第 1 條之相關規定。

<sup>33</sup> 同上註第 25 條之規定。

<sup>34</sup> 同上註第 26 條之規定。

<sup>35</sup> 見 1994 年蘇政發（1994）91 號文件「江蘇省人民政府『關於報批鎮江市職工醫療制度改革實施方案的請示』」與贛府字（1994）315 號文件「江西省人民政府『關於再次報請審批（九江職工醫療社會保險暫行規定）』」。

作進度。試點城市所提出的改革方案，須經各省、自治區、直轄市人民政府審批後，報請國務院的職工醫療保險制度改革試點領導小組備案。<sup>36</sup>在試點城市（以鎮江為例）市政府成立醫療保險制度改革試點領導小組，領導小組下設辦公室，各縣、市、區也要成立相應的組織機構，具體負責試點的組織、協調與指導工作。另外，按照政事分開原則，成立（鎮江市）職工醫療保險管理委員會，由體改、財政、勞動、衛生、人事、社會保險、物價、醫療等部門參加，負責日常行政管理的工作。同時組建（鎮江市）職工醫療保險基金管理中心，並將原有的社會保險局基金管理科、公費醫療辦公室與社會勞動保險管理處等單位整併，以負責全市醫療保險業務。<sup>37</sup>其各級管制機構隸屬關係如下圖 3-3 所示。<sup>38</sup>

在圖 3-3 中我們可以發現，鎮江市的職工醫療保險制度改革試點領導小組不僅受到鎮江市人民政府的監督，更受到國務院職工醫療保險制度改革試點領導小組的直接監督。鎮江市的職工醫療保險制度改革試點領導小組則對官方的職工醫療保險管理委員會，與半官方的職工醫療保險基金管理中心進行監督。比較有趣的是半官方的職工醫療保險基金管理中心雖然能有權醫療保障基金進行監督，但是它卻也同時受到官方的社會保險局基金管理科、公費醫療辦公室、社會勞動保險管理處、市醫療管理辦公室、鎮江市職工醫療保險制度改革試點領導小組等單位的聯合監督。

在圖 3-4 則可以發現九江模式中由各用人單位各自建立「職工醫療社會保險工作領導小組」或是各定點醫院與藥店成立的「職工醫療社會保險工作管理小組」則不是一個集中型的半官方機構，它直接受到九江市社會保險局的監督與管控。而醫療保障基金則是直接受到九江市官方之社會保險局、九江市財政局與半官方

<sup>36</sup> 見 1996 年 4 月 22 日國發辦（1996）16 號文件「國務院辦公廳轉發國家體改委等四部委關於職工醫療保障制度改革擴大試點意見的通知」中『關於職工醫療保障制度改革擴大試點的意見』之規定。

<sup>37</sup> 見 1994 年蘇政發（1994）91 號文件「江蘇省人民政府『關於報批鎮江市職工醫療制度改革實施方案的請示』」所附件之「鎮江市職工醫療制度改革實施方案」之規定與鎮政發（1994）第 326 號文件「鎮江市人民政府關於印發『鎮江市職工醫療保險暫行規定』的通知」所附件之『鎮江市職工醫療保險暫行規定』。

<sup>38</sup> 本圖粗箭頭表直接監督或隸屬關係；虛線箭頭表示派員進入或是整併入該單位。



之「職工醫療社會保險工作領導小組」的聯合監督，與「鎮江模式」有著很大的差異。

這種權力讓渡給半官方機構與多重政府單位監督特徵，與第一章所論述的「一個手臂的距離」特徵極為類似。作者認為，九江市的「職工醫療社會保險工作領導小組」與鎮江市「職工醫療保險基金管理中心」的體制與權責設計，目的就是希望一方面能將治理的權責轉讓給半官方的機構，同時各級政府又能不失對其監督與掌控，與治理的第一個特徵符合若節。

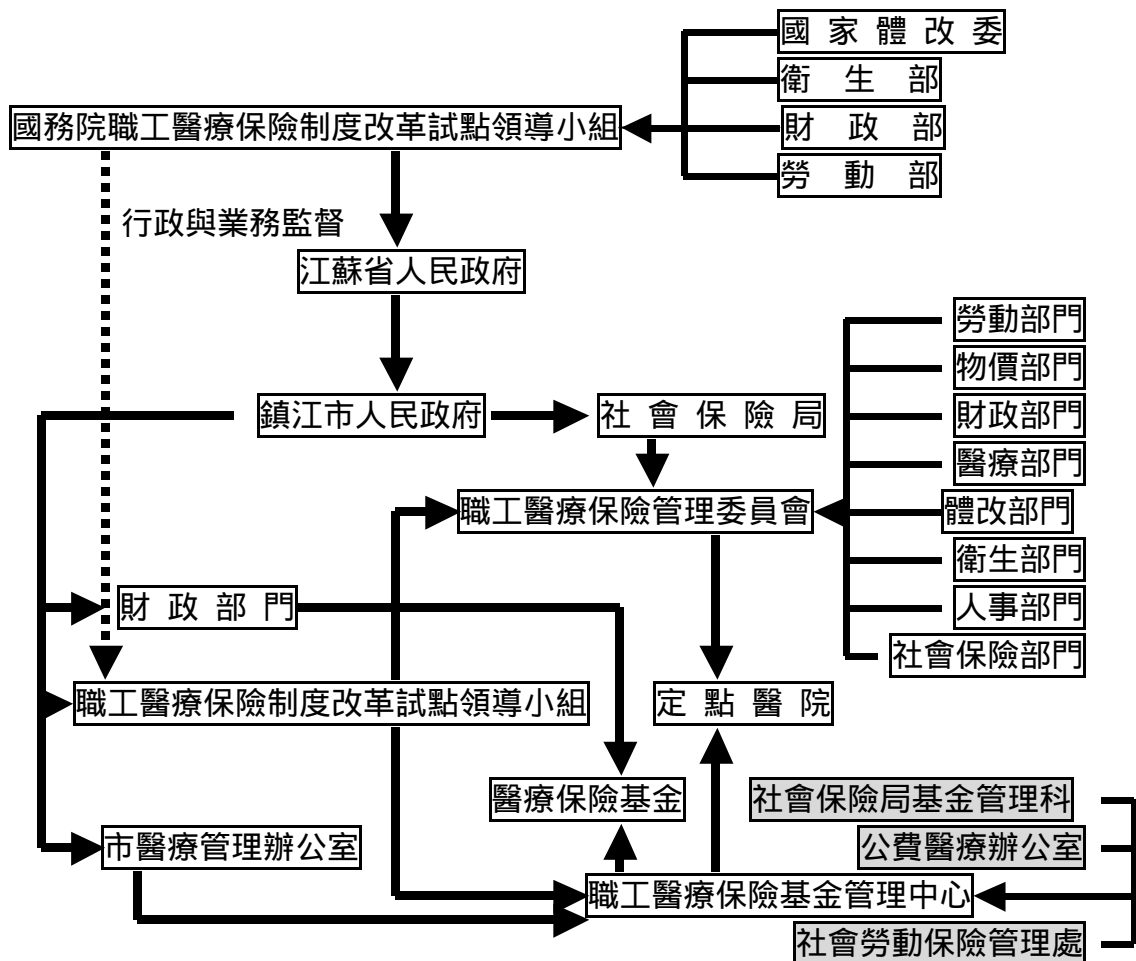


圖 3-3 1994 年到 1996 年鎮江地區職工醫療保障制度改革與擴大期間中央與地方各級管制機關隸屬關係圖  
(本圖由作者自行整理)

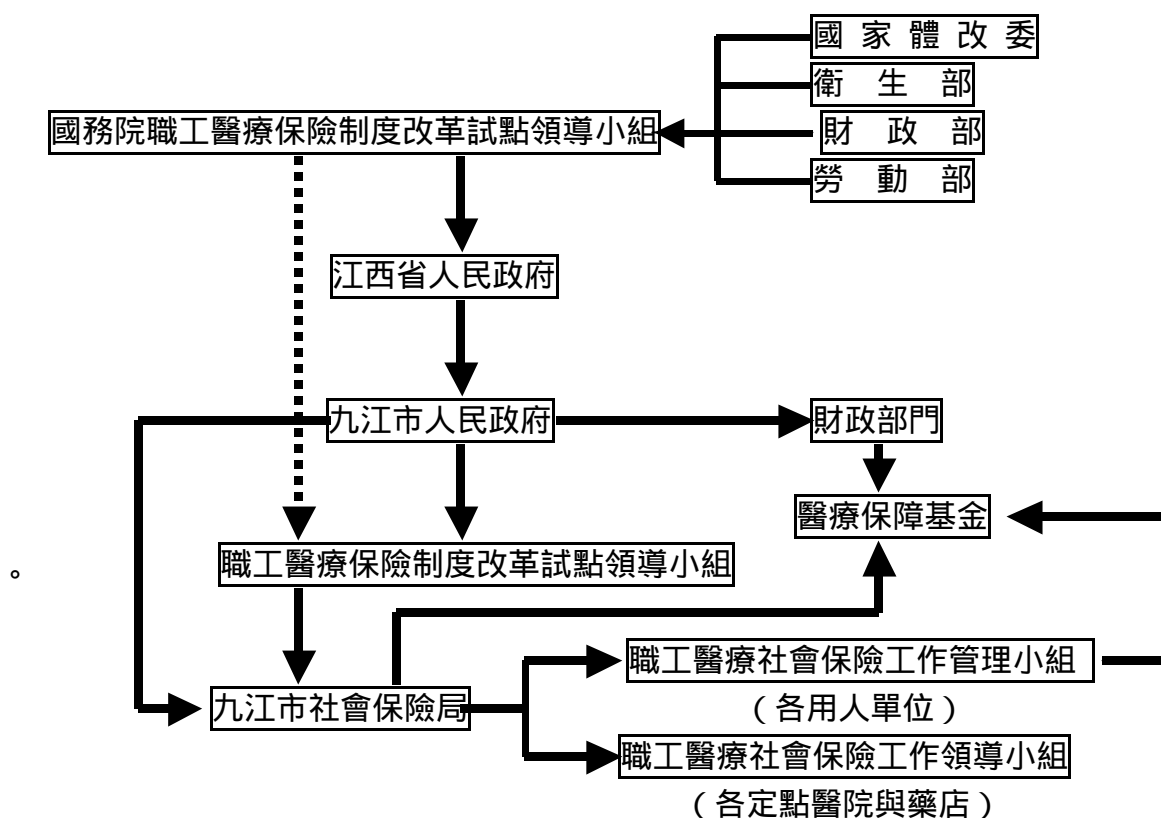


圖 3-4 1994 年到 1996 年九江地區職工醫療保障制度改革與擴大期間中央與地方各級管制機關隸屬關係圖  
(本圖由作者自行整理)

在「兩江模式」試點期間，在鎮江市地方層級的政府中的管制機關當屬職工醫療保險基金管理中心與職工醫療保險管理委員會，但是二者在權責關係上不相隸屬，各司其職。基本上而言，職工醫療保險管理委員會辦公室設在社會保險局內，主要是負責日常行政管理工作；職工醫療保險基金管理中心屬市醫管辦領導，負責統一經辦全市職工醫療保險業務，屬於半官方單位。<sup>39</sup>大致來說，職工醫療保險管理委員會負責政策性事務；職工醫療保險基金管理中心負責與醫療保險基金有關事務性工作。兩機構的權責差異見下表 3-3 之比較；但是在九江地區的管制機關與隸屬關係，與鎮江地區就略有差異。其管制機關主要是下列三者：社會保險局、各用人單位所成立的職工醫療社會保險工作小組與各定點醫院與藥

<sup>39</sup> 同第 37 註第 10 條、第 11 條之規定。

店所成立的職工醫療社會保險工作管理組織，<sup>40</sup>三個機關的權責差異見表 3-4 之比較。

表 3-3 鎮江市醫療保險各管理機構職能比較表

職工醫療保險基金管理中心	職工醫療保險管理委員會
負責醫療保險基金的籌集、營運與管理	編制醫療保險的發展規劃
編制醫療保險基金的預決算	起草醫療保險的政策與實施
提出改進與完善醫療保險制度的建議與意見	會同有關部門制定醫療保險基金的財務、會計、審計與統計制度
處理有關醫療保險之查詢	監督與監察醫療保險政策與制度的執行
配合有關部門對定點醫療機構、藥品銷售單位的收費標準與醫療服務質量進行監督與檢查	會同物價、衛生、醫藥行政部門主管監督與檢查定點醫療機構與藥品銷售單位的收費標準，及醫療技術之服務質量
負責醫療機構與藥品銷售單位之確認	協調與仲裁醫療保險中的有關爭議
作好相應的配套服務工作	

(本表由作者自行整理)

作者認為，由於職工醫療體制改革大政方針是由中央層級的國務院負責主導，各地方的省、自治區、直轄市人民政府僅是下級機關，並派專人負責中央交辦任務。對於試點城市而言，它必須組成「職工醫療保險制度改革試點領導小組」總司權責，一方面對上級的省、自治區、直轄市人民政府負其責任，另一方面也受到國務院的直接行政監督與領導下級單位進行醫療改革的試點工作。因此若是從行政與管制的角度來看，1994 到 1996 年期間所有醫療保障改革的試點工作，是由中央所一手主導規劃與訂定原則，再加上所選擇的試點城市又是經過中央審慎考量社會與經濟條件。因此中央在其間的管制地位與重要性，自不待言。

在地方層級則顯現出屬地主義的特色，各地區所屬機關與權責甚至完全不同。例如在鎮江地區的社會保險局下設職工醫療保險管理委員會，負責醫療保險政策方面的規劃與執行，但是在九江市的社會保險局下就無類似組織，但是卻是集中處理與醫療保險基金有關政策與事務性工作，這點與鎮江的情況有著極大的

<sup>40</sup> 見「九江市企業單位職工醫療社會保險實行細則」第 2、3、4 條之規定。

差異。同時在醫療保險政策的執行面與細節，九江市也不集中統一設立專責機構，而是散諸於各用人單位各自建立「職工醫療社會保險工作領導小組」或是各定點醫院與藥店成立的「職工醫療社會保險工作管理小組」負責其職務，（其隸屬關係見圖 3-4）在職工個人醫療帳戶的管理上，則是採用的是醫療社會保險機構與用人單位代管相結合的方式進行管理。<sup>41</sup>因此「兩江模式」雖然在社會統籌帳戶的建立上採取同樣的原則與方式，但是在管理機構的構成與職權分配上，兩地卻是有所差異。簡單來說，鎮江市所採取的是集中制，優點在於政府機關容易集中管理，但是缺點在於缺乏彈性；九江市所採取的是分立制，充分展現出試點的多樣性與試點的彈性的特質，但是政府社會醫療保險部門的管理上則顯得較為雜蕪。

整體來說，「兩江模式」的試點試一種在中央嚴格管制下的試點工作，其性質迥異於在 1980 年代地方政府在中央的授權與放權之下所進行的試點。因此若是管制機關的角度來定位「兩江試點」，它可以說是在 1980 年代起到 1998 年之間中央與地方分權為主要管制型態下，一股向中央集權管制逆流特殊現象。

在「兩江試點」之後，各地區所實施的基本醫療保險的辦理原則上是以地級以上行政區（地、市、州、盟）縣市或是直轄市（如天津、北京、上海）為統籌單位，並且在該範圍內所有用人單位及其職工都必須按照屬地主義的原則加入基本醫療保險，<sup>42</sup>而即使是在 2003 年國務院所推動之建立新型農村合作醫療制度，也仍然是由地方負責主導與辦理。<sup>43</sup>因此在基本醫療保險實施後的管制機關與權責，已經由中央機關下放到地方政府的層級，並完全由各地方機構自行辦理與主導。

關於基本醫療體制的實施方式與管理機關的權責劃分，將會在下一章節中關

<sup>41</sup> 見 1994 年「九江市職工醫療社會保險個人醫療帳戶管理試行辦法」第 4 條之規定。

<sup>42</sup> 見 1998 年 12 月 14 日公佈的國發（1998）第 44 號文件「國務院關於建立城鎮職工基本醫療制度的決定」。

<sup>43</sup> 見 2003 年 1 月 16 日所公佈之國辦發[2003]3 號文件「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意見的通知」。

於「基金國家」的部份中詳述，在此茲不贅述。

表 3-4 九江市醫療保險各管制機構職能比較表

九江市 社會保險局	職工醫療社會保險工作管 理小組（醫院與藥店）	職工醫療社會保險 工作領導小組（用人單位）
編制醫療社會保險基金 預、決算	執行與宣傳社會醫療保險 的政策與制度	執行與宣傳社會醫療保險 的政策與制度
負責醫療社會保險基金的 籌集、管理與撥付	組織領導各項管理工作， 制定並落實本單位管理措 施	填寫醫療保險基金有關報 表與及時足額繳納保險費
負責對醫療單位與藥品銷 售單位定點的確認	監督與檢查本單位對職工 醫療社會保險政策的執行 情況	負責辦理參加社會醫療保 險早報撥付醫療費用有關 手續
處理有關職工醫療社會保 險的查詢	接受當地社會保險局的指 揮監督與檢查	建立單位職工醫療帳戶台 帳與定期申報當地單位核 定
監督、檢查定點醫療、藥 品銷售單位的收費與醫療 服務	向當地社會保險局定期報 送職工醫療執行情況報表	按月及時申報單位人員增 減狀況
負責用人單位業務人員的 培訓，督促單位對帳戶之 管理		辦理其他社會醫療保險工 作
負責做好相對應的配套工 作		
提出完善醫療改革之建議		
加強對下級單位之領導與 負責全市醫療調劑基金 的管理		

（本表由作者自行整理）

#### 第四節 本章小結

證諸整個醫療改革的過程，我們可以發現中國政府對於醫療職能範圍的干預是一直存在的，同時充滿了主動性。首先，在醫療改革之前的公費醫療部份，由於是由政府的預算完全支出，因此政府可以對醫療機構進行政治監督、行政監督與預算監督；而在此一時期的勞保醫療雖是由職工的福利金支出，但是政府的衛生部門可以透過對醫務勞動鑑定委員會與附設醫療機構的監督，達到政策目標。在此部份國家的管制性格最強，政策目標凌駕過市場需求。進入了 1980 年代，各地方開始實施試行個人、單位與醫院三方掛鉤來企圖遏止醫療費用的過度成長。由於各地方政府的試點工作是在中央所定出的大政方針之下進行各種嘗試，因此作者認為，進入了 1980 年代以後原本中央管制型的態勢已經改變，開始朝向中央與地方分權管制的型態傾斜。這樣的傾斜過程，一直持續到「兩江試點」。

後來到了「兩江模式」試點時期，雖然明確將部份權力下放地方政府，而且在這樣的模式中也開始嘗試正式將市場機制納入體制，同時中央政府也透過各層級的職工醫療保險制度改革試點領導小組，對試點的狀況與進度進行掌握。因此將個人掛鉤等「市場機制」正式制度化，這可以說是 1980 年代的醫療改革實施以來最大的特色。但是由於「兩江模式」的試點工作是當時國務院的重點工作之一，因此在「兩江模式」時期的中央管制色彩比之前的任何時間與地區的試點都要強烈。因此作者認為「兩江試點」，算是中央與地方分權管制型態的一股小逆流。（見圖 3-9）

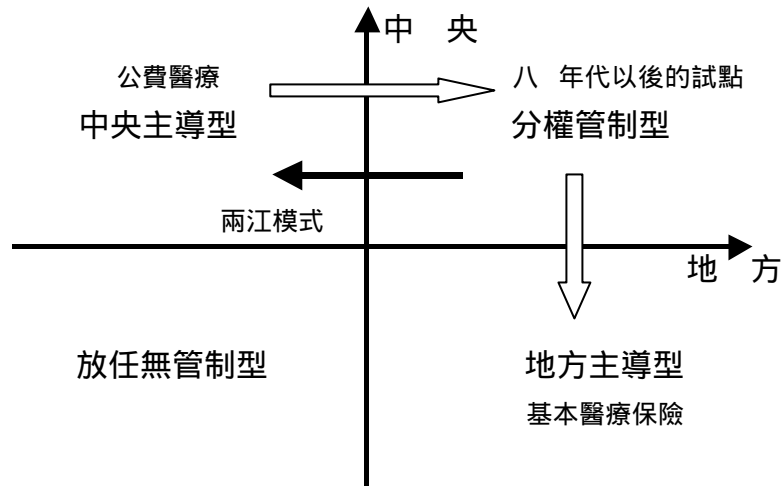


圖 3-5 醫療管制機關類型的變化  
本圖由作者自行整理

除了「兩江模式」以外，此一時期的最大特質在於中央與地方權力的共享，充滿了過渡性格，「市場機制」的引進也開始被列入政策考量。而最後基本醫療保險時期，中央則是已經完全下放權力給地方政府主導實質內容，中央政府僅負責政策的大方向。地方政府受限於有限的財政，如何有效的運用與管理醫療保險基金並避免虧空，乃成為地方政府的首要之舉。在此一時期，地方政府一方面必須完成上級政府所交辦的政策目標，另一方面又要能夠適度引進市場機制，以達到效率與有效利用資源。因此在此一時期市場性格的強烈程度是僅次於由市場主導的「放任無管制型」。但是這仍是謹守著在不違反政策目標的大前提下進行。

就管理機關的角度來說，醫療改革的過程與重心可以說是由中央逐漸往地方政府在傾斜。整個醫療體系的運作過程最初是由中央政府在完全主導，後來由於預算與成本負擔過重，中央政府開始脫鉤給地方政府與個人分擔，對後甚至將權力交給地方政府主導，以減輕自身的財政與行政負擔。另外，就管理的效能來說，由中央政府主導一切的管制型態，由於常會有鞭長莫及的困境，因此當政策傳到地方政府時熱度不僅降溫，政策可能也已經走樣，所以效能最差。中央與地方分權型如果權責劃分清晰時，可以達到資源共享各司其是的效果；權責劃分不明時，反而會造成機關疊床架屋且結構複雜，很容易耗損掉許多不必要的行政成

本，因此也無所謂效能可言。地方主導型由於地方政府各部門或是機構對醫療保險基金監督的權責清晰，而且無疊床架屋的現象，因此效能算是比前二者要佳。但是由於基本醫療保險仍然欠缺「市場機制」中的外在誘因刺激，因此政府單方面的片面監督。這樣片面監督的型態如要運作正常，是建立在政府本身體制健全且無腐敗的前提之下。但是當今日在中國政府對反腐敗已經列入重要施政綱領的同時，去追求基本醫療保障體制的健全或是效能，已經成為地方政府一項新的挑戰工作。

最後再就半官方機構的角色來說，在兩江模式中分別採用集中型與分散型的半官方機構進行嘗試。就兩江試點的經驗與特徵來說，可以說是中國政府第一次將治理的職能讓渡給半官方機構。雖然在兩江模式中對半官方機構給予的權責有限，同時監督的上級單位又多又繁雜，但是仍有其重大意義。首先，這是中國政府首次嘗試將統治機制與治理職能讓渡給半官方單位行使，未來能否有擴大適用範圍的可能，值得各界觀察；第二、半官方單位與官方單位之間如何劃分權責，提供給了未來設計中國新治理模式時一個新的思考方向。作者認為如果半官方單位能一肩挑起治理的責任，又能適度降低政府的政治與財政負擔，且政府又不失掌控的靈活度。則未來中國政府將會更有意願將權力讓渡給半官方機構，甚至是純民間機構行使。這樣的統治方式雖然在西方司空見慣，但在中國卻是一次全新的嘗試。