

行政院所屬各機關因公出國人員出國報告

(出國類別：考察)

中國大陸城鎮職工醫療保險制度

服務機關：中央健康保險局中區分局

出國人 職 稱：衛生署全民健康保險監理委員會委員

姓 名：楊志良

職 稱：衛生署參事

姓 名：吳憲明

職 稱：衛生署技正

姓 名：王怡人

職 稱：健保局中區分局副經理

姓 名：毛燕明

出國地區：中國大陸

出國期間：91/6/2 至 91/6/9

報告日期：91/11/8

摘 要

我國全民健康保險，開辦至今已逾七年，是最具全民性，也是最重要的社會安全制度之一。民眾滿意度維持在 70% 上下，但近年來健保面臨入不敷出的財務困境，值得大家重視。健保開辦以來，迭有民意代表或民眾建議採用「保大不保小」或新加坡「醫療儲蓄帳戶」的方式，以杜絕(減少)醫療浪費，大陸職工醫療保險之個人醫療帳戶，其籌資及支付方式，或可提供給我們一些參考。

大陸自從改革開放以後，原採報銷制的公費醫療，勞保（城鎮職工）及農村合作醫療無以為繼，故自 1990 年代初期在九江、鎮江試辦，1990 年代中期全面展開，目標為將城鎮之公務人員及各類受雇職工納入保險，共約有 1.2 億人口。以市、縣（城鎮）為保險人，共約有 1800 個。其策略為「低水平，廣覆蓋」、「個人帳戶與統籌結合」、「個人及單位雙方負擔保費」、「就醫分擔費用」，及「多層次保障」。

在醫療費用上，以個人帳戶優先支付，用畢則需自付至起付點，才可用社會統籌基金。使用社會統籌基金時仍需負擔 10% 之共付額（部分負擔），且有上限（多為 4 萬元），因此費用控制主要為需方之控制，但成效因地而異：北京市認為個人帳戶功能發生扭曲，未產生制約作用，且多數個人醫療帳戶已無餘款；廈門市醫保中心則認為個人帳戶已有成效—無病不看診，就醫會理性選擇，對醫療費用產生制約作用，

門診費用已有所控制。推其原因，除廈門市職工醫療保險基金劃入個人醫療帳戶之比例較北京市為高外，是否採用通道式支付，可減少一些醫療費用，頗值得研究探討。

目 錄

目的.....	5
考察行程.....	5
考察報告.....	6
壹、 背景.....	6
貳、 職工基本醫療保險之規劃、 試辦及政策決定...	8
參、 北京職工醫療保險概況.....	13
肆、 廈門職工醫療保險概況.....	20
伍、 結論.....	25
陸、 心得與建議.....	27
附錄.....	29

中國大陸城鎮職工基本醫療保險制度考察報告

目的：

考察中國大陸城鎮職工醫療保險制度，偏向醫療帳戶部分。

考察行程：

- 6月2日(星期日) 由台北經澳門至北京
- 6月3日(星期一) 上午參觀朝陽醫院
- 6月3日(星期一) 下午拜會勞動和社會保障部社會保險
- 6月4日(星期二) 上午拜會中華醫院管理學會
- 6月4日(星期二) 下午拜會衛生經濟研究所
- 6月5日(星期三) 上午拜會參觀人民醫院
- 6月5日(星期三) 下午由北京—廈門
- 6月6日(星期四) 上午參觀廈門中山醫院
- 6月6日(星期四) 下午參觀廈門醫保中心
- 6月7日(星期五) 參觀鼓浪嶼衛生所
- 6月8日(星期六) 整理資料
- 6月9日(星期日) 由廈門經澳門至台北

考察報告：

壹、背景

中國大陸原實行的醫療保險制度是五十年代建立的公費醫療制度和勞保醫療制度。公費、勞保醫療制度運行四十多年來，產生相當多的問題與弊端，導致花費不少、效率低落的結果。所謂公費醫療制度是指國家為保障國家工作人員的健康而實行的，通過醫療衛生部門向享受人員提供制度規定範圍內免費醫療預防服務的一項社會保障制度，涵蓋範圍包括各級國家機構和事業單位、民主黨派、人民團體等的工作人員和離退休人員。勞保醫療制度是指為保護企業職工的健康，對其因病或非因工負傷，按規定享受醫葯費用補助（眷屬半額補助）的一項社會保障制度，涵蓋範圍僅限于國營企業及縣以上的大集體企業。

公費、勞保醫療制度運行四十多年來，產生的問題包括：

- 一、醫療費用增長過快，浪費嚴重，單位和個人均缺乏節約醫療費用和自我約束的意識及動機，財政和企業不堪重負。全國職工醫療費用僅從一九七八年至一九九七年，就增長了二十八倍，年成長率約 19%，而同期財政收入只增長了六.六倍，年遞增約 11%。職工醫療費用的增長速度超過了同期財政的增長速度。且據有關部

門調查顯示，不合理的醫療費用支出約占全部醫療費用的 20% ~30%。

二、很多困難企業職工，以及部分經濟欠佳的事業單位，職工醫療費用報銷越來越困難，基本醫療保障問題日益嚴重。絕大多數企業已經無法執行勞保醫療制度的規定，而是採取定額或按比例報銷的辦法。

三、管理和服務的社會化程度低，企業社會負擔過重，加之現行公費、勞保醫療制度僅涵蓋機關、事業單位、全民所有制企業及一部分集體所有別企業職工，開放後的外商投資企業、股份制企業、私營企業和個體工商戶，基本上沒有納入，對於這些勞動者的合法權益和企業公平競爭來說都是不合理的。

四、公費、勞保醫療制度以單位「自我保障」為主，職工醫療費用社會互助程度低，不同行業間，職工醫療費用缺乏統籌互濟，許多經濟不發達地區和效益差的企業職工基本醫療待遇得不到保障。

貳、職工基本醫療保險之規劃、試辦及政策決定

針對公費、勞保醫療制度的弊端和問題，一九九四年開始中國大陸國務院決定在江蘇省鎮江市、江西省九江市進行社會統籌和個人帳戶相結合的醫療保險制度試點，一九九六年海南、深圳、青島等地按照「統帳結合」的原則，規劃了不同方式的醫療保險辦法，包括以「兩江」為代表的「三段通道」式，以海南、深圳為代表的「板塊」式，以青島為代表的「三金」式三種方式，嘗試建立社會醫療保險制度的模式和管理營運機制。

一、五項基本思路：

新的社會醫療保險制度在規劃之初，及確立五項基本原則：

- (一) 提供社會能承受負擔的基本保障
- (二) 廣泛覆蓋
- (三) 雙方負擔（個人及單位共同負擔保險費）
- (四) 統籌及個人帳戶結合
- (五) 多層次保障，（依地區能力，辦理附加保險）

二、保險模式

- (一) 三段通道式：醫療保險費由用人單位和個人共同繳納，按規定比例分別建立社會統籌醫療基金和個人醫療帳戶，職工發生醫療費用時先由個人醫療帳戶支付，個人帳戶用完後，再由個人

自付本人工資的一定比例，最後由社會統籌醫療基金按比例支付。

(二) 板塊式：明定社會統籌基金和個人醫療帳戶的支付範圍，二者分別核算，分開管理。社會統籌醫療基金主要用於支付住院醫療費用及某些特殊的門診。個人醫療帳戶主要用於支付門診醫療費用或由統籌基金支付時需要個人自付的部分。

(三) 三金式：分為個人醫療帳戶、企業調劑金和社會統籌基金三類。其中個人醫療帳戶和企業調劑金建在企業，由企業管理。小額醫療費用由個人醫療帳戶支付，不足部分由企業調劑金支付，大額醫療費用由統籌基金支付。

三、 試辦檢討及政策決定

經過一九九四年在江蘇省鎮江市及江西省九江市進行醫療保險制度改革試辦，及一九九六年擴大至四十多個城市以不同形式進行醫療制度的改革，評估各試點的實際狀況後，發現實施社會統籌和個人帳戶相結合的醫療保險制度，對保障職工基本醫療，抑制醫療費用過快增長，發揮了積極的作用，因此中國國務院於一九九八年十二月十四日頒佈國發【1998】44號醫療保險法律法規文件“國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定”並要求於一九九九年年初開始啟動在全國範圍內建立城鎮職工基本醫療保

險制度之相關工作。

該文件的重點如下：

(一) 建立城鎮職工基本醫療保險制度的原則

1. 提供基本醫療保險服務
2. 城鎮所有用人單位及其職工都要參加基本醫療保險
3. 基本醫療保險費由用人單位和職工雙方共同負擔
4. 基本醫療保險基金實行社會統籌和個人帳戶相結合

(二) 涵蓋範圍

在強制參加的部分為城鎮所有用人單位，包括企業（國有企業、集體企業、外商投資企業、私營企業等）、機關、事業單位、社會團體、民辦非企業單位及其職工。至於鄉鎮企業及其職工、城鎮個體經濟組織業主及其從業人員是否參加基本醫療保險，由各省、自治區、直轄市人民政府決定。

(三) 統籌單位

統籌單位原則上為地級以上行政區（包括地、市、州、盟），也可以為縣（市），北京、天津、上海三個直轄市原則上在全市範圍內實行統籌。所有用人單位及其職工都要按照屬地管理原則參加所在統籌地區的基本醫療保險，執行統一政策，施行基本醫療保險基金的統一籌集、使用和管理。鐵路、電力、遠

洋運輸等跨地區、生產流動性較大的企業及其職工，可以相對集中的方式，異地參加統籌地區的基本醫療保險。

(四) 繳費及分帳方式

基本醫療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%。用人單位和職工之繳費率可隨著經濟發展作相對應之調整。個人繳納的保險費全部計入個人帳戶；用人單位繳納的保險費，一部分用於建立統籌基金，一部分劃入個人帳戶。劃入個人帳戶比例一般為用人單位繳費的 30% 左右，具體比例由統籌地區根據個人帳戶的支付範圍和職工年齡等因素來確定。基本醫療保險基金由統籌基金和個人帳戶構成，各自有其支付範圍，應分別核算、分開管理，不得相互流用。個人帳戶本金和利息歸個人所有，可轉結使用和繼承。

(五) 基金之使用

統籌基金的起付標準原則在當地職工年平均工資的 10% 左右，最高支付限額原則上在當地職工年平均工資的 4 倍左右。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、最高支付限額以下的醫療費用，主要從統籌基金中支付，個人也要負擔一定比例。超過最高支付限額的醫療

費用，可以通過商業醫療保險等途徑解決。統籌基金的具體起付標準、最高支付限額以及在起付標準以上和最高支付限額以下醫療費用的個人負擔比例，由統籌地區根據「以收定支、收支平衡」的原則來訂定。

參、北京職工醫療保險概況

一、法源：

(一) 1998 年中國國務院文件十二月十四日國發【1998】44 號：“國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定”

(二) 2001 年 2 月 20 日北京市人民政府第 68 號令：“北京市基本醫療保險規定”

二、沿革：1999 年開始規劃，2001 年 4 月開始實施

三、實施原則：

1. 提供基本醫療服務
2. 保險費由用人單位與職工共同負擔
3. 基本醫療保險基金分為個人帳戶及社會統籌基金兩個部分
4. 基本醫療保險基金統一籌集、使用及管理

四、保險對象：

1、企業、機關、事業單位、社會團體、民間企業等單位及其職工等

2、個體工商戶及其雇工、自由職業

北京市 應納保人數：約 600 萬人(593 萬)

已納保人數：約 300 萬人，其中 38% 為退休人員

五、財務籌資：

基本醫療保險基金應當以收定支，收支平衡；基本醫療保險基金

金包括：

- (一) 用人單位繳納的基本醫療保險費
- (二) 職工個人繳納的基本醫療保險費
- (三) 基本醫療保險費的利息及滯納金
- (四) 依法納入基本醫療保險基金的其他資金

基本醫療保險費由用人單位（雇主）與職工共同繳納

- (一) 雇主繳納：全部職工繳費工資基數總額之 9%
- (二) 職工繳納：本人上一年月平均工資之 2%

職工本人上一年月平均工資低於上一年北京市職工月平均工資 60% 的，以 60% 為繳費工資基數，高於上一年北京市職工月平均工資 300% 以上的部分，不作為繳費工資基數。也就是說繳保費工資基數最低為上一年北京市職工月平均工資的 60%，最高為上一年北京市職工月平均工資的 300%，上下級距是五倍。

退休人員不用繳納基本醫療保險費；失業人員不繳基本醫療保險費，個人帳戶停止計入，餘額可繼續使用，領取失業保險金期間依規定享受醫療補助待遇。

六、個人帳戶經費來源：

- (一) 職工本人上一年月平均工資 2% 之全部

(二)用人單位繳費提撥一定比例至個人帳戶

用人單位繳費提撥至個人帳戶比例由各統籌地區根據個人帳戶之支付範圍和職工年齡決定，北京市提撥比例如下：

1. 35 歲以下：職工本人月繳費工資基數之 0.8%
2. 35~45 歲：職工本人月繳費工資基數之 1%
3. 45 歲以上：職工本人月繳費工資基數之 2%
4. 退休人員 70 歲以下：上一年北京市平均工資之 4.3%
5. 退休人員 70 歲以上：上一年北京市平均工資之 4.8%

用人單位繳納的基本醫療保險費，除了一部分劃入個人帳戶外，其餘部分用於建立統籌基金。統籌基金和個人帳戶要劃定各自的支付範圍，分開管理，不得相互流用。個人帳戶的本金和利息歸個人所有，只能用於基本醫療保險，但可以結轉使用和繼承。

七、支付標準及範圍：

統帳間採用版塊式而非通道式。

(一) 個人帳戶支付：

- 1、門診、急診
 - 2、統籌基金起付標準以下之費用
 - 3、超過起付標準，按照比例由個人負擔之醫療費用
- 個人帳戶不足支付部分，由個人自付

(二) 統籌基金支付

- 1、住院醫療費用
- 2、惡性腫瘤放射治療及化學治療
- 3、腎透析
- 4、腎移植後服抗排斥藥之門診醫療費用
- 5、急診搶救留觀收入住院其住院前留觀 7 日之醫療費用

基本醫療保險統籌基金支付的起付標準係按上一年北京市職工平均工資的 10% (2001 年為 1300 元) , 如個人在年度內第二次以上的住院醫療費用 , 起付標準則按上述平均工資的 5%。最高給付上限為上述平均工資的四倍 (2001 年為 50000 元) 。

北京市統籌基金起付標準及分擔比例

醫療費用	三級醫院	二級醫?	一級醫院
1300 ~ 10000 (起付標準 1300)	統籌基金：80% 職工自付：20%	統籌基金：82% 職工自付：18%	統籌基金：85% 職工自付：15%
10001 ~ 30000	統籌基金：85% 職工自付：15%	統籌基金：87% 職工自付：13%	統籌基金：90% 職工自付：10%
30001 ~ 40000	統籌基金：85% 職工自付：15%	統籌基金：92% 職工自付：8%	統籌基金：95% 職工自付：5%
40001 ~ 50000	統籌基金：95% 職工自付：5%	統籌基金：97% 職工自付：3%	統籌基金：97% 職工自付：3%
50001 元以上 (最高支付 50000 元)	補充性醫療保險		

退休人員個人支付比例為職工之 60% , 特困人員起付標準為 650 元

北京市基本醫療保險實施定點醫療制度 , 即職工和退休人員

每人可選擇三至五家定點醫療機構就醫，一年後可更換。定點專科醫療機構和定點中醫醫療機構為全體參保人共同的定點醫療機構。未定點就醫、購藥，保險基金不給付，惟急診不受定點就醫的限制。

八、大額醫療費用互助制度—基本醫療保險之補充性保險

(一) 除實施國家公務員醫療補助辦法者外，其餘均強制參加

(二) 資金來源：

由單位、個人、國家三方面負擔—

1. 用人單位負擔全部職工繳費工資總額的 1%
2. 職工與退休人員每月三元
3. 資金不足支付時，財政給予適當之補貼

(三) 大額醫費用互助制度醫療費用支付辦法

- 1、在年度內超過統籌基金最高支付限額（封頂線）之住院、惡性腫瘤之放射治療、化療、洗腎、腎移植服抗排斥藥之門診，支付比例為 70%，個人負擔 30%。支付上限全年累計為十萬元。
- 2、急診與門診部分，在職人員全年累計超過二千元部分，支付 50%，個人負擔 50%。退休人員超過一千五百元，七十

歲以下支付 60%，個人負擔 40%。七十歲以上支付 70%，
個人負擔 30%。全年支付上限為二萬元。

九、企業內部補充醫療保險—大額醫療費用互助基金之補充保險

(一) 支付基本醫療保險基金及大額醫療費用互助基金已支付外之
個人應負擔之醫療費用

(二) 參加人員為單位職工及退休人員

(三) 補充醫療保險費，在上一年職工工資總額 4% 以內可從成本列
支

(四) 具體支付比例由企業自行決定，並由企業制定具體之管理辦法

十、就醫限制—定點就醫：

每人可選 4~5 家定點醫療機構就醫，在非定點醫療機構就診
或至非定點零售藥店購藥者，醫療保險基金不予給付，但急診不
受定點就醫限制。

十一、不給付項目：

下列各項不予支付：

(一) 交通事故、醫療事故或其他責任事故造成的傷害。

(二) 本人吸毒、打架鬥毆或其他違法行為造成的傷害；及自殺、自
殘、酗酒等原因之治療。

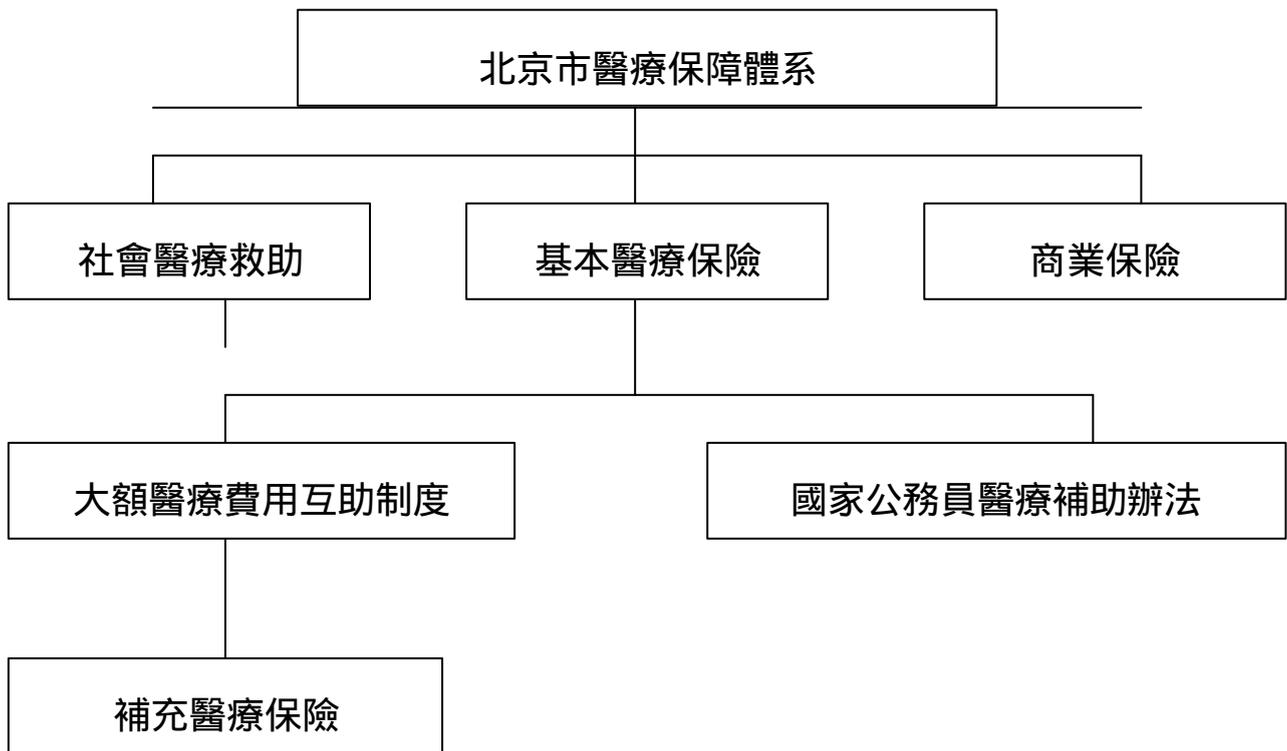
(三) 在國外或香港、澳門及台灣地區之治療。以及按規定應由個人

自付之部分。

(十二)就醫憑證

北京市民 IC 卡已發，但因尚無讀卡設備，因此無法發揮功能。

北京市醫療保障體系示意圖



肆、廈門市職工醫療保險概況

一、沿革：一九九七年開始辦理

二、法源：

1997 年廈門市職工醫療保險試行規定

1998 年中國國務院文件十二月十四日國發【1998】44 號：

“ 國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定 ”

1999 年廈門市城鎮職工基本醫療保險暫行規定（廈門市人民政府
令第 83 號）

三、保險對象：

(二) 國家機關及其工作人員、事業單位及其員工

(三) 國有企業、城鎮集體企業、外商投資企業、城鎮私營企業和其
他城鎮企業及其職工

(四) 社會團體及其專職人員、民辦非企業單位及其職工

(五) 境外企業駐廈代表機構及其中國職工

(六) 依據該暫行規定參加基本醫療保險的用人單位中符合國家規
定的退休人員

依上述規定應納保人數約 38 萬人，實際納保人數約為 33 萬人，納
保率 84%，為納保率較高之城鎮

四、財務籌資：

基本醫療保險費由用人單位與職工共同繳納

(一)用人單位：繳納在職職工上年度工資總額之 8%

(二)職工本人：繳納上年度工資總額之 2%

職工個人工資總額超過上年度全市職工平均工資 300% 以上者，以 300% 作為繳費基數；低於 60% 者，以 60% 作為繳費基數。

本年度參加工作或調入廈門市工作的職工，按本人實領月工資推算出繳費基數；工資不明確的，以上年度全市職工平均工資作為繳費基數。退休人員個人不再繳納基本醫療保險費。失業人員可繼續參加基本醫療保險，在領取失業救濟金期間，以上年度全市職工平均工資的 60% 作為繳費基數，按 10% 的比例繳納基本醫療保險費。

五、個人醫療帳戶經費來源

(一)職工個人繳納的 2% 基本醫療保險費，全部劃入職工個人醫療帳戶

(二)用人單位為職工繳納的 8% 基本醫療保險費，按年齡劃入個人醫療帳戶，其比例為：

35 歲以下按單位為個人全年繳費的 20% ($8\% \times 20\% = 1.6\%$)

36 歲至 49 歲按單位為個人全年繳費的 30% ($8\% \times 30\% = 2.4\%$)

50 歲以上按單位為個人全年繳費的 40% ($8\% \times 40\% = 3.2\%$)

故劃入個人帳戶的金額(包括個人及用人單位)分別為個人上年度薪資之 3.6% , 4.4% 及 5.2%。

(三)退休人員按本人上年度養老金或退休金總額的 8%劃入個人醫療帳戶。據廈門醫保中心表示該市年度基本醫療保險費總額約 59%劃入個人醫療帳戶, 41%劃為社會統籌基金。

個人帳戶的本金和利息歸個人所有, 只能用於本人基本醫療保險, 但可以結轉使用和繼承。

六、社會統籌基金經費來源：

用人單位繳納的基本醫療保險費按前項規定比例劃入個人醫療帳戶後, 其餘的部分建立社會統籌醫療基金。

七、支付範圍：

統籌基金及個人帳戶間採通道式：

(七) 每年七月一日次年六月卅日為職工基本醫療費用計算年度, 在年度內參保人員發生的醫療費用, 先從個人醫療帳戶支付。

(八) 個人醫療帳戶金額 3000 元以下的, 用完為止; 超過 3000 元的, 用到 3000 元為止, 然後由個人現金自付。

(九) 按年度計算, 自付金額在職職工為上年度全市職工平均工資的 8%, 退休人員為 3%。

(十) 個人醫療帳戶金額超過 3000 元以上的部分, 可用來抵付個人

現金自付部分的醫療費用。

(十一) 個人現金自付後的醫療費用，由社會統籌醫療基金支付，但個人仍要負擔一定比例：

1. 醫療費用在 5000 元以下的部分，在職職工個人負擔 15%，退休人員個人負擔 7.5%；
2. 醫療費用在 5000 元以上 10000 元以下的部分，在職職工個人負擔 8%，退休人員個人負擔 4%；
3. 醫療費用在 10000 元以上的部分，在職職工個人負擔 5%，退休人員個人負擔 2.5%；

(六)在年度內，每一參保人員由社會統籌醫療基金支付的醫療費用最高限額為上年度全市職工平均工資的四倍左右，具體數額每年由市人民政府公布，2001 醫保年度為 48000 元。廈門職工醫療保險參保人，年度內醫療費用超過基本醫療保險統籌基金支付之最高限額者約為千分之一(300 多人)。

八、職工補充醫療保險：

- (一) 職工補充醫療保險是以廈門市醫保中心為投保人，參加基本醫療保險職工為被保險人，係強制性加保。
- (二) 每人每年從個人醫療帳戶提取 22.8 元，從社會統籌醫療基金提取 6 元，集體向中國太平洋人壽保險公司投保。

(三) 負責賠付超過社會統籌基金支付最高限額以上醫療費用之

90%，個人負擔 10%。每一基本醫療費用結算年度內，賠付最高額度為每人 15 萬元。

(四) 超過 15 萬元者，則由社會救助辦理。

據廈門市醫保中心統計，目前該市個人醫療帳戶共累積節餘約 3.2 億，社會統籌基金累積節餘約 0.9 億。廈門市之職工醫療保險，無論在納保率、財務狀況及各項管理上，均為大陸實施城鎮職工醫療保險中，較為傑出者。

伍、結論

大陸自從改革開放以後，原採報銷制的公費醫療，勞保（城鎮職工）及農村向合作醫療無以為繼，故自 1990 年代初期在九江、鎮江試辦，1990 年代中期全面展開，目標為將城鎮之公務人員及各類受雇職工納入保險，共約有 1.2 億人口。以市、縣為保險人，共約有 1800 個。其策略為「低水平，廣覆蓋」、「個人帳戶與統籌結合」、「個人及單位雙方負擔保費」、「就醫分擔費用，及「多層次保障」。

由於大陸地區間人群間、貧富間差異大，而為滿足不同人群間之需求，避免降付顯得利益者之享受如公務員退休幹部，除另辦理附加保險外，對原高享受者另予以補貼。

在費用控制上，則以個人帳戶優先，用畢自付至起付點，才可用社會統籌。使用社會統籌仍需負擔 10% 之共付額（部分負擔），且有上限（多為 4 萬元），因此主要為需方之控制，但成效有限。

大陸政府藉醫保之推行，將醫療經營之補助直接給予被險人，對醫院之補助則相地減少。醫院新擴建及日常營運所需之人事、業務等費用絕大多數得自籌，政府只以項目補助之型式，如發展急診醫療，重症加護等補助醫院若干經費，但所占比率極少，甚至只是零頭而已。在自給自足的原則下，醫院必總積極「創收」，提高經營效率。

另一方面，醫保允許被保險人有相當程度的就醫選擇權（例如北

京市每位被保險人可自選五家就醫醫院，廈門市則允許在所有定點醫院自由就醫)，醫療機構面對競爭的壓力，必須力求質量提升，以吸引病人。然而個別機構的生產效率不等於總體資源配置效率；對高科技的投資是否能相對換來實質健康水準之改善，亦值得觀察。

較有成效者，為對各別醫院「總量控制，結構調整」，即對每家醫院，規定其全年醫療收入之上限（不論醫保或自費病患之收入），鼓勵其少用藥、檢查，增加勞務收入，而獲得一定之成果。

陸、心得與建議

北京市和廈門市職工醫療保險制度方式不同，北京市個人帳戶和社會統籌基金採用「板塊式」，即明訂社會統籌基金和個人醫療帳戶的支付範圍，二者要分別核算，分開管理。社會統籌醫療基金主要用于支付住院醫療費用及某些特殊的門診，個人醫療帳戶主要用於支付門診醫療費用，或由統籌基金支付時需要個人自付的部分。廈門市則採用「三段通道式」，即職工發生醫療費用時先由個人醫療帳戶支付，個人帳戶用完後，再由個人自付本人工資的一定比例，最後由社會統籌醫療基金按比例支付。

兩市不但採用不同支付方式，對職工個人醫療帳戶評價亦不一，北京市認為個人帳戶功能發生扭曲，未產生制約作用，且多數個人醫療帳戶已無餘款。廈門市醫保中心則認為個人帳戶已有成效—無病不看診，就醫會理性選擇，對醫療費用產生制約作用，門診費用已有所控制。廈門市個人帳戶節餘約 3.2 億。推其原因，除廈門市職工醫療保險基金劃入個人醫療帳戶之比例較北京市為高外，是否採用通道式支付，可減少一些醫療費用，頗值得研究探討。

大陸職工醫療保險尚在起步階段，仍有相當精進的空間，例如眷屬納保，城鎮非職工納保。更重要者，廣大農村民眾的健照護。目前嘗試恢復，推動合作醫療然而覆蓋至為有限，在供給面方面，區域醫

療規劃未能落實，支付制度有待大幅改革，大陸醫療改革，由於人口多，地區差異性大，貧富差異性大，故排戰性甚大，但若干官員肯於學習，工作努力加以決策且效率高，其進步之速率不可輕忽。

全民健保開辦以來，迭有民意代表或民眾建議採用「保大不保小」的方式，以杜絕醫療浪費，大陸職工醫療保險之個人醫療帳戶，其籌資及支付方式可提供一些參考。

附錄：大陸醫療體系簡介

- 一、 衛生體制：衛生部主管各級醫療機構，預防保健，而醫療保險屬社會及勞動保障部管理，為社會安全體系之一環，藥物由部級之國家藥物管理局管理，檢疫則由邊防局（公安部）管理。
- 二、 醫院之設立：原均為公立，但不同部、委及層級政府均辦有醫院。有衛生部直屬，各部、委直屬醫院、部隊醫院、省市醫院、區鎮醫院、鄉則設衛生院。各企業亦辦理醫院照顧其職工。因區域醫療規劃未能落實，故資源分佈不均之情形嚴重。
- 三、 醫院之分類：
 - （一） 依級別分為一、二、三級，每級再分為甲、乙、丙，三甲為最高級之醫學中心，1990年中期評審後，因爭議甚大，至今未從事第二次評議。
 - （二） 依所有權分，自2001年起，分為營利性醫院及非營利醫院，非營利醫院再分為公立醫院及財團法人醫院，私人營利性醫院需依法繳稅，但收費價格可以自訂，公立及財團法人之非營利性醫院之收費則由物價局訂定（實際係由衛生廳、局核計提供），自2001年起，容許外資合資設立醫院，最少投資2000萬，但大陸至少要擁有30%以上之股權。
- 四、 診所：改革開放後，容許私人設立診所，但審批嚴格限制甚多，並非十分普遍。