

# 政策网络治理视域下新加坡托底性医疗保障：制度框架与经验启示

胡宏伟<sup>1,2\*</sup> 王红波<sup>1,2</sup>

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

2. 中国人民大学健康保障研究中心 北京 100872

**【摘要】**从政策网络治理视角对新加坡托底性医疗保障政策展开研究,梳理新加坡一般医疗服务托底保障和长期护理服务托底保障的制度框架,并运用政策网络治理理论从治理主体、治理工具、治理结构和治理机制四个方面进行评析,归纳了新加坡经验对夯实我国托底性医疗保障政策的启示。我国托底性医疗保障政策应选择肯定政府主导作用的治理理论,培育市场组织和社会组织等多元治理主体,运用多样化政策工具提升托底性医疗保障治理效能,并构建高效的托底性医疗保障对话协商机制。

**【关键词】**政策网络治理;新加坡;托底性医疗保障

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.02.006

## The bottom line of healthcare security in Singapore from the perspective of policy network governance: Institutional framework and experience enlightenment

HU Hong-wei<sup>1,2</sup>, WANG Hong-bo<sup>1,2</sup>

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Health Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】** From the perspective of policy network governance, this paper studies the bottom line of healthcare security policy of Singapore, combing the institutional framework of bottom lines of healthcare security in terms of general service and long-term service. Enlightenment of Singapore's experience is summarized up after a four-fold assessment, namely subject of governance, tool of governance, structure of governance and mechanism of governance under the perspective of policy network governance, to consolidate China's underpinning healthcare security policy. It is suggested that the governance theory that affirms the leading role of the government should be selected, diverse governance subjects such as market organizations and social organizations should be cultivated, efficiency of governance is to be enhanced though application of multiple policy tools and an highly efficient dialogue and negotiation mechanism of fundamental healthcare security should be built.

**【Key words】** Policy network governance; Singapore; The bottom line of healthcare security

近年来,虽然我国医保体系取得了显著成就,但由于经济发展水平限制以及医保制度性缺陷等原因,低收入群体仍面临因病致贫返贫的风险。<sup>[1]</sup>通过完善制度设计为全体居民尤其是低收入群体提供托底性医疗保障十分必要。托底性医疗保障政

策可以看作是医疗保障制度体系中的某一托底性子制度或多个具备托底性功能的子制度之和,是帮助居民抵御疾病风险的最后一道安全网。我国托底性医疗保障政策以医疗救助为核心,同时注重发挥基本医保和大病保险功能以实现低收入群体的托底

\* 基金项目:国家社会科学基金项目(22BRK045)

作者简介:胡宏伟(1980年—),博士,教授,主要研究方向为社会保障。E-mail:whuhhw@126.com

通讯作者:王红波。E-mail:whb2020@ruc.edu.cn

性保护。<sup>①</sup> 不过,受制于制度建设未成熟,托底性医疗保障建设仍需优化和提高。

新加坡是较好地解决了居民健康保障问题的发达国家之一,2015 年其卫生支出占 GDP 比例约为 5%,用远低于其他发达国家水平的卫生支出为全体居民提供了较充分的医疗服务<sup>[2]</sup>,尤其是为低收入居民、残疾人和其他弱势群体提供的托底性保障筑牢了社会健康保护底线。这一成就与新加坡医疗保障制度设计密不可分。尽管大量文献已对新加坡现行医疗保障政策做过分析,但多从宏观视角对其整体制度进行一般性描述,缺乏针对托底性医疗保障政策的集中探讨,更未从治理视角对其托底性医疗保障政策进行研究。本文将新加坡托底性医疗保障政策作为研究对象,尝试从政策网络治理视角对其治理过程进行评析并总结归纳相关启示。

## 1 政策网络治理内涵及案例选择缘由

### 1.1 政策网络治理内涵

传统公共行政和新公共管理存在“政府失灵”或“市场失灵”的困境,由此引发治理理论兴起,以更好地实现政府、市场和社会的有效互动。<sup>[3]</sup> 政策网络治理是治理理论与政策网络相结合的产物,重点关注公共治理。在个体和组织网络普遍连接的社会,政策问题日益复杂、不确定并充满冲突。任何单独行动的公共部门、市场或个体都不可能拥有解决此类问题所需的所有资源和专门知识。<sup>[4]</sup> 因此,政策网络治理通过实现政府部门和非政府部门(私营部门、第三部门或公民个人)等众多公共行动主体的彼此合作提高公共政策治理效能。<sup>[5]</sup> 自治理理论引入中国后,始终存在对公共治理中政府角色或地位的争论,争论焦点是在政府主导下引入社会组织治理,还是重点发展社会组织以建立政府和社会组织的合作关系。<sup>[6]</sup> 政策网络治理的突出特点在于强调政府要在多元主体治理中发挥主导性作用。

政策网络治理的特征包括:第一,在治理主体上,强调多元主体共治的同时肯定政府与行政体系的重要性,认为政府在政策网络中虽不扮演操纵者角色,但承担协调责任和资源的主要提供者。<sup>[7]</sup> 第二,在治理工具使用上,通过确立共同目标,建立合作、协商、伙伴关系等方式解决政策问题,采用包括自愿性、强制性、混合性等多元工具方法。<sup>[8]</sup> 第三,在

治理结构上,既不同于科层制,也不同于单个市场或个体行为,而是以共同价值作为载体,通过对话、合作及协商等方式形成解决公共政策问题的组织网络结构。第四,在治理机制上,通过网络互动形成信任机制、协商机制和学习机制,促进政策有效治理。<sup>[9]</sup>

### 1.2 选择新加坡作为研究案例的原因

第一,新加坡与中国具有共同的儒家文化背景,两国均倡导社会整体价值及中央权力统一性<sup>[10]</sup>,呈现出集体主义、家国一体以及政府主导民生保障等文化特征。文化特征是影响社会保障治理模式的重要维度,也对托底性医疗保障治理具有重要影响。

第二,新加坡与中国均建立了界限分明的多层次医疗保障体系,具有结构相似的医疗保障治理对象。新加坡构建了由保健储蓄账户(Medisave Account)、健保双全计划(Medishield Life)和保健基金(Medifuna)组成的“3M”医疗保障体系,与我国的“三重保障”设计相类似。虽然新加坡医疗保障以基金积累制为主,区别于我国现收现付的社会保险模式,但两国在“多层次”这一制度架构设计上存在相似性,均涉及到了多制度、多主体参与的复杂政策治理问题。

第三,政策网络治理在新加坡具有适用性,并因此可能成为中国托底性医疗保障治理的理论借鉴。一方面,新加坡现代化由人民行动党强力驱动,政府在现代化过程中扮演着积极作用<sup>[11]</sup>,在政府与其他治理主体的相对关系上更符合政策网络治理对政府作用的期待。另一方面,新加坡经济社会发展坚持政府、市场和社会相结合。私人企业在经济活动中占据主导地位,以人民协会为代表的官方社团覆盖了社会各个角落,形成了政府、社会和个人参与的立体式治理模式。<sup>[12]</sup> 这表明,多元治理主体在新加坡经济社会中扮演了重要角色,拥有了政策网络治理的基本载体。

## 2 新加坡托底性医疗保障政策的内容

本文从广义角度定义医疗保障制度,指包括基本医疗保险、商业医疗保险、医疗救助、医疗互助等在内的各种缓解医疗费用风险的制度总和。同时鉴于失能人员长期护理服务具有医养结合的显著特

<sup>①</sup> 在我国,虽然医疗救助被视为多层次医疗保障体系中的兜底制度,但在实践中,基本医保和大病保险等政策均发挥了托底性保障功能,如健康扶贫中各地对贫困人群实施的大病保险倾斜政策等。因此,本文中的“托底性医疗保障政策”一词不仅仅指医疗救助,而是具有一定托底性功能的医疗保障政策集。

征,对于减轻低收入群体健康费用支出至关重要,因此,也将长期护理制度纳入医疗保障制度之中。根据这一定义,新加坡迄今共建立了多达 18 种医疗保障项目,按照保障内容的类别划分,大致分为以下四类:第一类是早期预防和疾病筛查计划。如疫苗接种和儿童发育筛查补贴,通过免费服务或现金补贴提高居民早期健康管理意识。第二类是门诊或住院医疗花费保障计划。包括 3M 医疗保障体系及对符合收入调查居民提供的医药服务补贴。第三类是失能居民或家庭护理支出保障计划。如长期护理保险,为失能居民提供护理支出报销、现金补贴,为护理人员接受培训提供资金支持。第四类是特殊人群福利性健康保障。包括先锋一代计划和建国一代计划。为参与新加坡建国和早期建设的特定人群提供医药护理补贴、参保缴费补贴等(表 1)。

新加坡整体医疗保障体系中可归纳出两类托底性医疗保障政策。一类是面向居民一般性医疗服务的托底保障政策,包括终身健保双全计划和保健基金;另一类是面向居民伤残医疗护理需求的托底保障政策,包括乐龄健保计划(ElderShield)、老年人临时伤残援助(Interim Disability Assistance Programme for the Elderly, IDAPE)及乐龄关怀基金(Elderfund)

(表 2)。两类托底保障政策共同架构起低收入群体、特殊困难群体的医疗保障安全网。

表 1 新加坡整体医疗保障体系构成

项目类别	项目名称	项目属性简介
预防和疾病筛查保障	VCDSS	疫苗接种和儿童发育补贴
	CHAS	社区全科、牙科诊所医疗及护理补贴
	Screen for Life	疾病早期筛查补贴
门诊或住院医疗保障	Medisave	保健储蓄计划
	MediShield Life	终身健保双全计划
	Medifund	保健基金
失能居民及家庭护理保障	SSDPHI	公立医疗机构药品及医疗补贴
	ElderShield	长期护理保险计划
	CareShield Life	长期护理计划升级版
	ILTC	中长期护理服务及治疗补贴计划
	IDAPE	老年人临时伤残援助
	Elderfund	重度伤残救助金
	CTG	护理人员培训补助金
特殊人群健康保障	HCG	家庭护理补助金
	SMF	老年人居家照顾者补贴
	FDW	老年及残疾人雇佣外籍护理者补贴
	PGP	先锋一代计划,补偿早期做出贡献的公民
	MGP	建国一代计划,补偿早期做出贡献的公民

注:根据新加坡卫生部官网信息整理制作。

表 2 新加坡托底性医疗保障政策一览

项目类别	项目名称	项目属性简介	受益内容	受益资格	福利性质
一般医疗服务托底保障	MediShield Life	大病医疗保险计划	大病和大额门诊报销	符合相关年龄、费用支出条件	医疗托底
	Medifund	政府捐赠医疗救助基金	根据家庭收入和疾病花费给予资金补贴	保健储蓄、健保双全等报销后仍困难	医疗托底
护理服务托底保障	ElderShield	长期护理保险计划	根据评估标准给予一定期限和限额的现金补贴	符合日常生活能力评价量表相关要求	护理托底
	IDAPE	老年临时伤残援助	根据家庭人均收入状况提供固定补贴	根据年龄、收入、伤残评估确定	护理托底
	Elderfund	重度伤残救助	每月提供现金补贴	30 岁以上符合伤残等级和收入界定	护理托底

注:根据新加坡卫生部官网资料数据整理。

## 2.1 一般医疗服务托底保障政策

### 2.1.1 终身健保双全计划

(1)制度属性。新加坡中央公积金设有保健储蓄账户,主要支付急诊住院、某些康复治疗、临终治疗及部分门诊慢性病,<sup>[13]</sup>其制度属性是保基本。为解决部分病人面临重大疾病而产生的灾难性支出,新加坡早 1990 年探索设立了健保双全计划,这是一项自愿参加、低成本、社会统筹形式的大病保险,虽然缓解了居民大病支出风险,但由于自愿参保并设

置了年龄限制,多年来面临覆盖不足、保障水平低和逆向选择等问题。<sup>[14]</sup>

2015 年后政府强化了 MediShield 制度设计,形成了终身健保双全计划。终身健保双全计划是保健储蓄账户的延伸,由中央公积金统一管理,用以支付高额住院费用和大额门诊费用。相比 MediShield,终身健保双全计划由自愿参加变为强制参加,并取消参保年龄限制。所有居民都将在公积金账户中自动创建该计划,因此属于一项社会医疗保险。这项制

度整合进了商业健康保险,中高收入群体可以在基本保险的基础上自愿参加商业保险。

(2)筹资方式。终身健保双全计划资金由参保人缴费和政府补贴构成。参保人缴费分为普通保费和附加保费,缴费可由 MediSave 账户支付。普通保费是所有参保人都应当缴纳的标准保费,存在重大疾病风险条件的参保人应连续缴纳 10 年的附加保费。保费标准随年龄增长而增加。

政府为部分群体提供的保费补贴包括:过渡性保费补贴,低收入群体保费补贴,附加保费群体保费补贴,先锋一代保费补贴和建国一代保费补贴。后两种属于对国家有特殊贡献人群的补贴,这里重点介绍前三种补贴:过渡性补贴为所有人提供前四年的保费补贴,第一年政府补贴保费的 90%,参保人仅需缴纳 10% 保费即可获得保障。之后逐年递减,到第五年起由参保人依据规定单独缴纳,过渡性补贴为扩大保险覆盖面起到很好的推动作用;低收入群体补贴的受益群体为家庭人均月收入 2 800 美元以下及年收入 21 000 美元以下,补贴保费比例依据不同年龄段从 15% ~ 50% 不等;附加保费群体补贴是对参加该计划时被评估为具备重大疾病风险条件的人群进行的补贴,因为这类人群面临较高的疾病风险支出概率。在对参保人资格进行评估后,政府对这类人群进行为期 10 年的保费补贴,补贴比例占参保人年度保费的 70%,10 年后参保人再按照普通缴费标准缴纳保费。仅此一项,在计划运行的前五年政府共补贴约 8.5 亿美元。<sup>[15]</sup>

(3)待遇保障。MediShield Life 对 MediShield 的保障待遇进行了扬弃。第一,保障范围仍以支付大额住院费和门诊费为主,包括住院和日间手术费用、移植费用等。第二,对共付比例和报销限额进行调整,提高参保人保障待遇。自付比例由 10% ~ 20% 降为 3% ~ 10%,年度最大索赔额从 7 万新元调整为 10 万新元,并取消终身索赔限额(MediShield 设置了 30 万新元的终身索赔限额)。<sup>[16]</sup>第三,按照接受医疗服务时的病床等级等要素设定不同报销比例,并列出部分不予报销的服务内容和支出项目<sup>[13]</sup>,以此约束参保人道德风险。

(4)组织管理。终身健保双全计划由卫生部规划设计,中央公积金局负责具体管理。卫生部成立终身健保双全审查委员会,负责审查运行数据,并负责公众咨询工作。委员会由来自不同机构的 11 名专业人士组成,包括保险、金融、医疗保健、工会和基

层组织等领域,其主要职责在于及时发现制度运行中的问题,尤其注重通过专业化知识直接向卫生部长提供政策建议,如计划是否以有效率的方式保障了居民健康支出,基金投资管理如何才能更有效率等。同时广泛采纳公众意见,搭建公众参与医保计划设计的平台,共同促进计划的改革和完善。据统计,委员会在成立初期的 6 个月内进行了大量活动,包括 36 次焦点小组讨论、市政厅会议和网络咨询,超过 1 200 新加坡居民参与了医保计划讨论,许多建议被委员会接纳并提交给政府。<sup>[15]</sup>政策讨论通常由三类群体参加:第一类是普通公众,如通过网络或其他渠道反馈信息的公民、网络社群;第二类是合作伙伴,如志愿福利组织、健康促进组织等;第三类是利益相关组织,如雇主、保险人、学术组织、卫生专业人士及工会领导。委员会的重要任务之一就是广泛吸纳这些群体对终身健保双全计划的意见,通过深入的讨论和交流提高公共政策的决策科学性。

### 2.1.2 保健基金

保健基金是政府设立的捐赠基金,旨在为那些接受了终身健保双全计划、保健储蓄计划支付后仍然面临经济困难的患者提供安全网。新加坡政府于 1993 年正式设立保健基金,由政府财政每年进行投入。

在制度属性方面,保健基金通常被看作医疗救助基金,具有明显的托底保障特征。申请者需要符合一定的条件并经过相关评估:首先须是新加坡居民,其次必须接受过其他保险项目的资助,再次应当接受指定医疗机构的治疗服务,最后需符合其他社会经济、环境等评估条件。

在待遇内容方面,保健基金成立初期主要补偿申请者在医疗机构产生的医疗费用,随着基金规模的扩大及护理医疗的需求,逐步延伸出专门保障贫困老年人医疗服务的 MediFund Silver 和保障贫困少儿家庭医疗服务的 MediFund Junior 计划。以建立于 2007 年的 MediFund Silver 为例,该计划所需资金从保健基金中划拨,专门用以补偿 65 岁及以上老年申请人的医疗费用,建立当年的基金规模为 5 亿美元。保健基金补偿形式主要是现金补贴,受助者获批金额的大小与家庭成员的经济、健康和社会状况以及所产生医疗费用的多少密切相关。<sup>[15]</sup>

在组织管理方面,卫生部是保健基金的主管部门,卫生部将保健基金分配到各定点公立医院和长期护理机构,定点机构成立由政府任命的保健基

金委员会负责审核和发放基金,参保人向定点机构申请获得相应资格。为提升保健基金的管理效能,卫生部任命成立保健基金咨询委员会负责向卫生部提供决策咨询,并向保健基金委员会提供有关基金审核标准、会计核算等的建议和指南。咨询委员会的构成来自政府、高校、工会、医疗机构、相关专业性社会组织等,充分体现多元化网络治理的基本理念。

从基金运行看,申请并获得资助的居民人数呈逐年增长态势,保健基金提供的医疗救助规模也逐年增长。数据显示,2006—2019年保健基金救助人数由30万人上升至122万人,而提供的医疗救助基金由3960万美元增长至1.59亿美元<sup>[15]</sup>,对于解决居民卫生支出困难发挥了重要作用。

## 2.2 长期护理服务托底保障政策

新加坡政府主导建立了两类护理服务托底性保障政策,一类是强制参加的具有社会保险性质的乐龄健保计划,另一类是由政府提供临时现金援助的护理救助计划,包括老年人临时伤残援助和乐龄关怀基金。

### 2.2.1 乐龄健保计划

(1)制度属性。乐龄健保计划建立于2002年,旨在为需要长期护理的老年人提供基本保险项目。当参保人40岁时会在其MediSave帐户中自动注册ElderShield账户,因此是具有强制性的社会保险计划。该计划具体运营由卫生部指定的经营老年健保计划的三个私营保险公司负责,并且允许这三所保险公司在ElderShield基础上为参保人提供补充性残疾保险。

(2)筹资方式。乐龄健保计划的保费由参保人缴纳,保费标准根据可负担性设定,与加入保险时的年龄、性别相关,实行固定费率按年支付,即不同年龄和性别的参保人实行差异化的参保缴费标准,但该标准不随年龄增长而增长,直至参保人65岁或提出索赔为止。参保人如果自愿选择参加私营保险公司提供的补充护理保险,需要额外支付每年不超过600美元的保费,具体标准根据参保公司产品而定。不论是基本保费还是补充保费,都可以由参保人或其父母、子女、孙子女、兄弟姐妹的保健储蓄账户资金支付,或直接支付现金。<sup>[13]</sup>

(3)待遇保障。乐龄健保计划是终身保险,只要支付保费,可以在任何年龄段(包括65岁以后)提出索赔。从索赔条件看,参保人需要接受重度失能评

估。重度失能指日常行为量表中6项基本能力(洗涤、喂食、穿衣、如厕、活动和转移)丧失其中三项以上的状况。乐龄健保计划的待遇类别分为ElderShield300和ElderShield400两个版本,分别提供每月300或400美元的现金支付,最多支付5~6年。<sup>[15]</sup>在服务提供方面,志愿福利组织扮演了重要角色,这些组织多为宗教性福利组织,也包括非宗教组织和私人组织,为参保残疾人提供居家、社区或机构护理服务。<sup>[17]</sup>

(4)组织管理。随着老龄化的加深及重度失能老人护理需求的扩大,政府在接受ElderShield评估委员会建议后,将乐龄健保计划进行了升级,建立了CareShield Life计划。卫生部相继成立了CareShield Life委员会,负责对ElderShield和CareShield Life进行监督和建议。委员会由来自会计、精算、投资、医学、法律、工会和政府等不同领域的14名成员组成,将不同背景的专业知识应用于制度评估和决策咨询。新计划将参保年龄由40岁降低为30岁,并提高了参保强制性,政府为部分低收入人群提供参保补贴,确保应保尽保。与此同时,提高待遇水平至每月600美元,但延长缴费期至67岁。<sup>[15]</sup>新计划自2020年起正式实施,与传统的乐龄健保计划共同构成重度失能老人的托底性医疗护理保障制度。

制度建立之初至2006年底,共有75万人参加,其中50岁以下占54%、50~59岁占31%、60岁及以上占15%。五年间参保人的退出率从2002年的38%下降至2006年的14%,这一期间的成功索赔率为84%,索赔率随着年龄增长而上升,其中60岁以上参保人索赔案例最多,占到了索赔总量的62%。<sup>[18]</sup>随着乐龄健保计划的改革完善,截至2017年参保人数增加至130万人,其中参保人的平均年龄为52岁,索赔平均年龄为67岁。<sup>[19]</sup>这表明乐龄健保计划的建立对于托底失能老年人医疗护理保障起到了较好的作用。

### 2.2.2 老年人临时伤残援助

尽管乐龄健保计划为老年人提供了较为普遍的保障,但有部分伤残老年人可能因超过ElderShield项目申请年龄限制却急需医疗护理服务。为此,新加坡2002年设立了老年人临时伤残援助计划,该计划性质是一项由政府提供经济补贴的社会救助。

从申请资格看,首先是行为能力评估,申请者需要接受与ElderShield相同的能力评估流程。其次是年龄身份评估,受助者须未出生于某一时段的公民。

最后是收入限制,受助者人均家庭月收入为 2 800 美元及以下或者无家庭收入,同时居住在年租金价值为 13 000 美元及以下的房产中。

从受助待遇来看,老年人临时伤残援助给予受助者固定的现金补贴,最长资助期为 72 个月。按照家庭收入分类,可分为两个资助标准:人均家庭月收入 2 000 美元以下,每月补贴 250 美元;人均家庭月收入 2 001 ~ 2 800 美元,每月补贴 150 美元。<sup>[15]</sup>

### 2.2.3 乐龄关怀基金(Elderfund)

乐龄关怀基金是社会救助性质的长期护理类托底性保障制度,于 2020 年 1 月启动。保障对象是 30 岁及以上的重度失能、低收入的新加坡公民。由于收入较低,他们无法参加并从乐龄健保计划和老年人临时残疾援助计划中受益,同时其保健储蓄账户余额低,个人储蓄不足,无法满足其长期护理需求。

从受益资格看,申请者须接受失能行为评估,被确定为重度失能人员。然后满足以下要求:首先,须是新加坡居民,年满 30 岁并居住在新加坡。其次,不应持有 CareShield Life 或 ElderShield 的保单,且并未享受相关待遇;同时也并未参与老年人临时伤残援助。最后,家庭人均收入须低于 1 200 美元,且保健储蓄账户余额不足 10 000 美元。

从受益内容看,乐龄关怀基金是对现有政府补贴/援助计划、社区支持和家庭支持等计划的有效补充,以使低收入公民能够更好地支付长期护理费用。申请者每月可获得最高 250 美元失能护理补贴,与老年人临时残疾援助方案的待遇水平大体相当。<sup>[15]</sup>

## 3 新加坡托底性医疗保障政策网络治理分析

### 3.1 治理主体多元化,政府发挥政策主导作用

第一,多元主体参与是新加坡托底性医疗保障政策的重要特征。参与主体涉及到了政府、公民、商业保险公司、社会组织、公立医疗机构等。在 20 世纪 90 年代新加坡政府最早公布的一份关于可负担的卫生保健计划白皮书中,明确阐释了要建立政府提供可负担的基本医疗服务、提倡个人对健康负责、依靠市场改善服务质量并通过政府干预避免医疗费用过快增长的基本原则。<sup>[20]</sup>在多元主体参与的托底性医疗保障政策中,各主体经过链接互动形成政策网络,包含了多个主体结点及由链接形成的网络组织,在不同项目中承担各自角色,参与到托底性医疗保障政策的筹资、支付、管理和制度变革之中。

第二,尽管包括多元主体参与,但政府在各项托底性医疗保障政策中始终扮演着主导角色。首先,各项政策出台、执行及变革均由政府结合时代背景适时推动,并赋予其各种制度属性。如政府根据 MediShield 覆盖不足且保障不充分的评估,于 2015 年通过法案将其升级为强制性的 MediShield Life。其次,政府通过保费补贴和转移支付在托底保障筹资方面起到了关键作用。政府为终身健保双全参保人提供附加保费补贴、过渡性补贴、低收入补贴及特殊群体保费补贴,为乐龄保健计划的低收入参保人提供保费补贴,通过捐赠支出设立保健基金并为各类重度残疾患者提供护理支出的转移支付。

### 3.2 治理工具多样化,混合性工具得以广泛运用

第一,新加坡托底性医疗保障政策广泛运用多种治理工具,既包括强制性政策工具,如强制参保的政府管制方式、公立医院提供服务的公共企业方式及政府转移支付的直接提供方式,也包括各种自愿性政策工具,如由家庭成员保健储蓄账户代缴保费的家庭社区方式、由志愿机构提供护理服务的志愿组织方式以及由商业健康保险公司提供补充保险的私人市场方式,还包括以补贴和使用者付费为主的混合性工具。

第二,混合性工具的广泛运用,主要涉及补贴和使用者付费两种方式。一方面,政府为参加终身健保双全和乐龄保健计划的参保人提供保费补贴,并由参保人根据年龄等条件缴纳相应保费。另一方面,通过设计起付线、自付比例和差异化报销比起到付费使用的激励约束效果。混合性工具的使用更加清晰地实现了缴费端的责任分担,并减少了待遇端过度利用服务的道德风险。

### 3.3 治理结构网络化,不同主体间相互依赖和连接

第一,政府网络治理中,政府、企业、个人、家庭、社会团体等治理主体为解决某一公共事务而连接为组织网络,通过组织网络达成资源利用和彼此协作。新加坡政府通过建立托底保障政策将各类治理主体纳入共同治理目标,相关主体建立协作、依赖的纵横组织网络。以终身健保双全计划为例,卫生部行政部门通过审查委员会与地方政府、公众、社会组织等实现纵向连接,共享政策资源和决策信息。审查委员会建立信息交流平台,使普通公众、合作伙伴和利益组织得以横向连接,实现协作交流。

第二,治理结构网络化使各主体间边界关系不

同于科层制的固定刚性,也不同于市场主导的过分离散,而是彼此连接、渗透。新加坡托底性医疗保障体现了政府网络治理的主体边界特征,以乐龄保健计划为例,该计划由政府发起,个人及家庭缴费参保,而运作则交由三家商业保险公司管理,同时允许保险公司在社会保险政策基础上提供私营补充保险,民间护理机构可提供护理服务。因此,整个残障保险计划使政府、企业、个人、家庭、社会团体等治理主体彼此连接、渗透在公共政策之中。

### 3.4 治理机制高效化,信任和协商是主要治理方式

第一,信任机制是政策网络有效治理的基本特征,其核心是一系列正式和非正式规则的组合,以降低主体行为的不确定性。<sup>[21]</sup>新加坡托底性医疗保障通过规定各个行为主体在制度中的责任边界,为网络治理确立信任预期。如终身健保双全计划由卫生部规划设计,但其具体管理则由中央公积金局负责,与此同时设立终身健保双全审查委员会负责计划监督和公众咨询。

第二,协商机制是政策网络治理的主要内容,新加坡托底性医疗保障政策建立了广泛的协商平台,集中体现为各种计划委员会的设立和运行。终身健保双全审查委员会、CareShield Life 委员会以及保健基金咨询委员会的组成均包括了来自保险、金融、医疗保健、工会和政府不同部门的专家、实务工作者。委员会既为政府提供了决策咨询,也通过接触公众、合作伙伴和利益相关组织实现了更大网络范围内的协商。

## 4 新加坡托底性医疗保障政策启示

### 4.1 选择契合我国治理文化的托底性医疗保障治理理论

新加坡的托底性医疗保障政策网络治理方式说明,选择契合自身治理文化的治理理论是夯实托底性医疗保障政策的前提。一方面,我国政府始终占据着经济社会变革的主导地位,在医疗保障政策中扮演制度供给和主体协调角色,可以迅速吸纳公民、社会组织、市场等多元主体参与。另一方面,以人民健康为中心,保障公民基本健康需求,为公民提供托底医疗保障是政府义不容辞的责任。因此,我国托底性医疗保障治理理论一定要肯定政府主导作用,不能盲目追求多元主体无地位差异的治理,甚至“无政府的治理”。

### 4.2 培育政府主导的多元化托底性医疗保障治理主体

肯定政府主导作用的同时,也需构建多元主体参与机制。我国托底性医疗保障治理突出问题在于政府之外的治理主体发展缓慢以致参与缺位。政府应为各类市场组织提供公平竞争的服务环境,引导民营医疗机构、药品生产企业、商业健康保险公司、照护服务公司等积极参与到大病医疗保险、医疗救助的服务供给之中,并通过税收优惠、低息贷款、创业补贴等支持市场组织发展。我国社会组织发展滞后,应着重培育医师协会、医学学会、慈善志愿组织、社区社会组织等社会组织,通过公益创投、经费补贴、降低准入门槛、提供活动场地等形式促进社会组织发展,挖掘其在托底性医疗保障服务供给中的潜力。

### 4.3 精准运用多样化政策工具提升托底性医疗保障治理效能

我国托底性医疗保障政策中多使用强制性工具和混合性工具,如强制参保、个人自付、财政补贴等。主要问题在于混合性工具使用不精细及自愿性工具使用较少,作为混合性工具的政府补贴、个人付费政策可以根据保障对象的年龄、收入、支出等具体特征差异化实施,自愿性工具中家庭社区、志愿服务机构和市场作用在我国大病保险和医疗救助中尚未发挥应有的功能,可探索大病保险费用的家庭共济形式,鼓励社区和志愿组织提供长期照护服务,优化商业保险公司经办大病保险机制并允许为参保人提供补充医疗保险。

### 4.4 构建高效的托底性医疗保障协同发展和对话协商机制

一是要建立不同类别的托底性医疗保障政策间的政策协同机制。当前,我国多种医疗保障政策发展不协同弱化了托底保障功能,例如各地为加快健康扶贫而制定的临时性财政兜底政策和医疗救助政策需要长期融合、协调。二是由不同主体参与的托底保障政策需要建立可持续的对话协商机制。目前,各项托底性医疗保障主要以政府行政部门及其经办机构决策为主,虽然也成立了部分政策专家组,但主要承担决策咨询工作。应赋予专家组承担制度的监督建言和对话协商职责,定期组织政策相关利益主体展开交流互动,吸纳各层面意见,为完善现行政策提供决策参考。

## 作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 李华, 李志鹏. 城乡居民医保整合缓解农村因病致贫了吗? [J]. 现代经济探讨, 2021(7): 31-39.
- [2] 黄国武, 吴先国. 新加坡医疗保障制度演进中政府与市场作用研究[J]. 社会保障研究, 2016(2): 129-140.
- [3] 何翔舟, 金潇. 公共治理理论的发展及其中国定位[J]. 学术月刊, 2014(8): 125-134.
- [4] Wolde E A. Implications of Network Governance for an Implementation Perspective on Public Policy [J]. *Universitpark Bulletin*, 2019(2): 106-116.
- [5] 谭英俊. 网络治理: 21 世纪公共管理发展的新战略[J]. 理论探讨, 2009(6): 139-142.
- [6] 薛澜, 张帆. 治理理论与中国政府职能重构[J]. 人民论坛, 2012(6): 6-15.
- [7] 杨丹华. 政策网络治理及其研究述论[J]. 理论导刊, 2010(7): 89-93.
- [8] 孙柏瑛, 李卓青. 政策网络治理: 公共治理的新途径[J]. 中国行政管理, 2008(5): 106-109.
- [9] 李卓青. 政策网络治理: 理论、模式和策略[J]. 湘潭大学学报(哲学社会科学版), 2008(2): 80-83.
- [10] 董琼华. 儒家文化、东方式民主及其前景探论——以韩国、中国台湾和新加坡为例[J]. 理论导刊, 2010(8): 42-46.
- [11] 曾志敏. 强政府、强社会: 社会治理现代化的新加坡与美国经验[J]. 社会治理, 2016(6): 141-152.
- [12] 崔翔. 新加坡国家治理模式的主要特点、做法及启示[J]. 当代世界与社会主义, 2015(2): 18-22.
- [13] Central Provident Fund Board. Get peace of mind for your healthcare needs [EB/OL]. [2022-09-10]. <https://www.cpf.gov.sg/member/healthcare-financing>
- [14] 王婉. 新加坡大病医疗保险制度的发展与变革[J]. 中国医疗保险, 2016(8): 66-70.
- [15] Ministry of Health Singapore. MediShield Life Premium Schedule for Singapore Citizens and Permanent Residents [EB/OL]. [2022-09-20]. <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/medishield-life/medishield-life-premiums-and-subsidies/premium-subsidy-tables>
- [16] Dean-Chen J Y., He A J. Health insurance reforms in Singapore and Hong Kong: How the two ageing Asian tigers respond to health financing challenges? [J]. *Health Policy*, 2018(7): 693-697.
- [17] 施文凯, 李珍. 责任边界视角下新加坡老年人长期照护保障制度筹资体系研究[J]. 社会保障研究, 2018(6): 69-80.
- [18] Ministry of Health Singapore. Eldershield Experience 2002-2007 [EB/OL]. [2022-09-22]. <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/information-paper/eldershield-experience-2002-2007>
- [19] 冯鹏程. 走向强制终身: 新加坡长期护理保险制度的经验启示[J]. 中国保险, 2018(12): 63-66.
- [20] Singh M. Health and Health Policy in Singapore [J]. *ASEAN Economic Bulletin*, 1999(3): 330-343.
- [21] 王晔, 谢晓燕. 论政策网络治理过程中信任机制的构建途径[J]. 生产力研究, 2009(18): 188-190.

[收稿日期:2022-10-12 修回日期:2023-02-10]

(编辑 刘博)