

# 台湾全民健康保险发展的现状与问题

鲍勇\* 王倩 梁颖

上海交通大学医学院 上海 200025

**【摘要】**通过查阅文献、收集二手数据,从不同角度进行定性分析,对台湾地区全民健康保险的基本情况  
进行总结,同时对其运行 10 多年来的成就及所出现的问题进行阐述,提出健康保险未来发展中应注重社会公  
平,加强财务管理,健全支付方式,推进电子化服务。

**【关键词】**基本医疗保险; 健康保险; 现状; 问题

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.01.009

## Status quo and problems of Taiwan's National Health Insurance

BAO Yong, WANG Qian, Liang Ying

Medical College, Shanghai JiaoTong University, Shanghai 200025, China

**【Abstract】** This article collected and analyzed literature and secondary data through different aspects. Based on  
this, it summarized the National Health Insurance of Taiwan, expounded its effects and problems over 10 years of op-  
eration, and at the end suggested that it pay more attention to social equity, enhance fiscal management, provide  
more modes of payment and promote its e-service in the future.

**【Key words】** Basic medical insurance; Health insurance; Status quo; Problem

### 1 台湾地区全民健康保险的基本情况

1995 年之前,台湾实行的是多种健康保险制度,共有 10 种之多。主要的如劳工健康保险(1950 年实行)、公务员健康保险(1958 年实行)、私立学校教职员健康保险(1980 年实行)、农民健康保险(1985 年实行)、低收入户健康保险(1990 年实行)等。这个阶段虽然存在多种健康保险制度,但并没有解决所有居民的健康保险问题。为了克服弊端,台湾从 1988 年开始就组织人员着手规划实施“全民健康保险”,简称“全民健保”。1988—1994 年可以说是“全民健保”的酝酿准备阶段,在这个阶段里完成了“全民健保”的设计规划。1994 年 8 月 9 日,台湾当局公布了“全民健康保险法”,同年 10 月 3 日又公布了“全民健康保险法”修正案,12 月 3 日公布了“健康保险局组织条例”,1995 年 1 月 1 日成立了“健康保险局”,为“全民健保”的实施做好了法律和组织上的

准备。1995 年 3 月 1 日,正式开始实施“全民健康保险”。<sup>[1-3]</sup>

全民健保是政府主办的强制性社会保险,采取了各种措施与方法催保,确保了高参保率,保证了全民健保的覆盖率,扩大了受益面,充分体现了公平原则,也体现了“全民皆纳保”的全民健保宗旨,使全民都可获得公平可及的医疗服务。中央健康保险局为保险人,承担全民健保所有的相关业务,负责制度规划、推动、执行、监督、发展等。全民健保是财务自给自足、自负盈亏的社会保险,其保费是由被保险人、投保单位及政府共同分担的,以达到风险共担的目的。投保金额由行政院卫生署拟订,由投保单位依公民每月薪资来具体申报。

全民健保的支付范围非常广泛,参加全民健保的公民上缴保费后即可领取健保 IC 卡,凡公民发生

\* 基金项目:国家自然科学基金(70973078)

作者简介:鲍勇,男(1956 年-),教授,博士生导师,主要研究方向为卫生管理和社会医学。E-mail:baoyong@sjtu.edu.cn

疾病、伤害、生育事故等,即可持健保 IC 卡至特约医院接受医疗服务。其中,西医门诊按“未转诊”和“转诊”两种方式收取费用,如果公民没有经过地区医院转诊而直接到医学中心或高级别医院就诊,就会提高患者的部分负担,而经过转诊的病人自付比例则相对较低。台湾地区全民健保医疗费用支付方式,由早期的“论量计酬”(按项目付费)、“论日计酬”(按住院日数付费)逐步改为“论质计酬”(按服务质量付费)、“按病例计酬”(按病种付费),并逐步推行总额预算制,以提升医疗服务质量及照护的成效,达到以最符合成本效益的原则,提供高质量的医疗服务。

## 2 台湾地区全民健保取得的成效

### 2.1 全民有保,风险共担

在全民健保实施以前,台湾地区约有 800 万人没有社会医疗保险的保障,而这 800 万人多半是 14 岁以下的儿童、家庭主妇以及 65 岁以上的老人、离岛或偏远山区的居民或是没有固定收入的人口,而这些居民却是最需要医疗服务,也是最容易因病致贫的居民。在台湾 1995 年实施全民健保以来,至 2003 年年底,台湾地区超过 98% 的人口已经成为全民健保的保险对象,实现了全民覆盖的基本目标。对此民众的满意度也从全民健保刚开始实施的 31% 增加到现在的近 80%,可见民众对于中央健保局 10 多年来的努力是持肯定态度的。

### 2.2 全方位照顾弱势群体,减轻民众负担

由于全民健保采取的是强制性纳保制度,为了照顾一部分无法负担保费的居民以及经济困难的弱势群体就医权利,健保局也提出了多项缴纳保费的优惠配套措施,截至 2008 年 6 月 30 日共补助了低收入人群、70 岁以上老人、3 岁以下儿童、无业人员 139 万人,补助费用共计 66.4 亿台币,补助 60 万低收入家庭共 82.9 亿台币。

对重大伤病患者的补助。台湾行政院卫生署对癌症、慢性精神病、洗肾及先天性疾病等医疗花费非常高的疾病,只需保险对象提供重大伤病证明,就可以免除该项疾病就医的部分费用,同时只要是行政院卫生署公告的罕见疾病必用的药品,全民健保均

会全额支付,即使少部分不在现有的药品给付清单内,也可采取专案申请的方式处理。

由于台湾有许多山地,地理环境比较特殊,无法吸引医务人员,导致医疗资源非常紧张,而基层的医生也无法满足该地区对昂贵设备及专科医疗的需求。因此健保局自 1999 年开始推行偏远地区医疗服务(Integrated Delivery System, IDS)计划,来支援当地的医疗服务。偏远地区民众对于 IDS 计划的满意度高达 91%,有的县更高达 99%。

### 2.3 实行按病种付费和总额预算制,控制医疗费用增长

在之前“论量计酬”的支付方式下医疗费用增长迅速,因此将支付方式逐渐改为“按病种付费”和“总额预算制”。医疗费用总额预算制的主要操作方法就是在年度开始前,由医疗服务提供方及消费者就一定额度及医疗服务内容,先协商未来适当的健保医疗费用总额,共同减少诱导需求,加强预防保健措施的实施,在总额预算制全面实施的 2002 年之后,健保局有效地将医疗费用增长率控制在 5% 以下。

### 2.4 电子化提升管理效率

台湾公、私立医疗机构中 91.17% 为全民健保特约医疗机构,并实行 IC 卡就诊制度,民众就医十分方便,一卡在手就可以看病随处走,非常便利。同时健保 IC 卡的使用在管理中也发挥了重要作用,IC 卡中存储了持卡人的信息,包括重大伤病的疾病代码、有效期限、用药记录、过敏记录等。医生只要读取 IC 卡的内容,就可以知道病人近期的就医记录、检查记录等,以免不必要的重复检查和重复用药。

### 2.5 公民医保支出增长稳定,公民平均寿命延长

随着医学科技的发展,医疗服务的价格越来越高,同时,台湾地区人口老龄化现象比较严重,老年人口的比例也越来越高,整个社会对于医疗服务的需求也随之增加。因此,全民健保的费用支出也逐年增加。全民健保通过对医疗机构服务的审查,并通过医疗费用申报制度,有效抑制医疗费用的增长,全民健保实施后,台湾地区个人医疗费用的年增长率从全民健保实施前的 15% 降到了目前的 7%。<sup>[4-5]</sup>

### 3 台湾地区全民健保实施过程中存在的问题

#### 3.1 全民健保财务失衡

虽然国际上对台湾地区全民健保的成就给予了高度评价,但是全民健保的财务问题却始终未能得到解决,财务危机屡屡爆发。其原因包括人口增长与老龄化问题,再加上医疗科技的进步、新药的开发、医疗支付的范围扩大等。根据《南方周末》2006年的报道,从1995年至今,台湾全民健保的财政支出一直处于入不敷出的状态,收入每年的增长率为4.58%,而支出的增长率则达到5.71%,全民健保面临着破产的危险。

#### 3.2 保险费率僵化

根据“全民健康保险法”的规定,全民健保财务可以对保险费率进行及时的调整,来维持财务平衡。但是,从台湾全民健保实行至今,也只调整过一次保险费率,而且幅度非常小,虽然短暂性的遏制了财政入不敷出的情况,但也造成了民众对全民健保满意度的下降。

在台湾特殊的政治体制下,要想通过上调保险费率来提高财务收入是非常困难的。首先,政治家的活动都是为了选举而服务,为了取得选民的支持,获得竞选成功,政治家往往不会赞成保险费率的上调;其次,由于保费负担存在一定不公平性,保险费率的上调也会造成民众的反对。因此,台湾政府应当通过其他途径来提高全民健保的收入而不是通过上调保险费率。

#### 3.3 药价虚高侵占健保收入

台湾全民健保中药价不合理侵占健保收入的现象称为药价黑洞,也就是中央健保局支付医院所交付保险对象的药品费用和医院实际购买价之间所产生的差价。虽然中央健保局对药品进行了多次降价,但效果并不明显。由于在新的药价下,医院基于自身运营盈利的考虑,会重新考虑替代药品,来取得最大的收益。这样,不仅药价黑洞未能解决,民众的健康也相应的受到了损害。

#### 3.4 医疗资源浪费现象严重

台湾虽然实行了总额预付的支付方式,但是医

疗资源的浪费现象还是十分严重。自从实施全民健保后,台湾居民开始变得“爱逛医院、爱拿药、爱检查”。其次,医院“可住(院)可不住的,要住;可做(手术)可不做的,要做;可照(内窥镜)可不照的,要照”的浪费现象也屡见不鲜。因此,医疗资源浪费现象是台湾全民健保需要解决的重要问题。

### 4 台湾全民健保的展望

#### 4.1 促进社会公平公正

台湾中央健保局要加强对弱势群体的照顾,例如对符合经济困难的保险对象,可以转为公益团体代缴保费、安排分期缴纳、争取其他财政支持等。对山地或偏远地区的民众提供及时可及的医疗服务,例如提供定点门、急诊,夜间门诊等。健保局应当建立与全民健保医疗费用增长相适应的筹资机制,保证全民健保的可持续发展。

#### 4.2 灵活财务管理,开源节流

为了使台湾全民健保有良好的可持续发展,健保局应对保险费率的精算模式进行检讨,定期提出精算报告,评估各种因素对医疗服务价格、医疗费用等的影响。其次,可以考虑强化电子化办公,降低行政开支,从小处着手,开源节流。

#### 4.3 健全支付方式,提升医疗质量

目前全民健保的给付方式为总额预算制,在各层面的医疗机构都已实施,健保局应连同医院共同执行提升医疗品质的方案,同时请第三方来监督实施总额预算制医院的医疗成效,来稳定医疗支出增长的趋势,提升医疗品质,追求“品质、公平、效率”的健保制度。

#### 4.4 加快推进电子化服务

在不改变使用原有健保IC卡的情况下,扩大健保IC卡的应用功能,使民众更易了解全民健保的使用情形,提升全民健保的医疗品质及资源使用率。此外,发展网络便民服务平台,整合现有的医疗资源信息,及时与民众沟通交流,建立咨询功能,进一步扩展持卡人的资料建立,以便民众了解自身就医情况。同时,发挥民众自我健康管理的观念来进一步提升医疗品质。<sup>[6-7]</sup>

## 参 考 文 献

- [1] 靳清汉. 台湾的医院管理及“全民健康保险”. 中国医院, 2006, 10(10): 54-56.
- [2] 张付, 吴娟. 台湾健保: 医疗制度乌托邦[N]. 南方周末, 2006-04-06.
- [3] 廖添士. 中国台湾全民健康保险财务危机论析[J]. 广东金融学院学报, 2007, 22(1): 56-58.
- [4] 刘永华, 傅卫, 毛正中, 等. 我国台湾地区全民健康保险制度的启示[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(9): 38-40.
- [5] 杨晶. 台湾全民健康保险的现状及其运作[J]. 科教文汇, 2008(2): 134,159.
- [6] 施存丰, 田志龙. 台湾地区全民健康保险 10 年实施状况及其启示[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(7): 65-67.
- [7] 赵喜顺. 台湾的医疗保险制度[G]. 台湾研究集刊, 2000(1): 95.

[收稿日期:2010-06-12 修回日期:2010-08-21]

(编辑 薛云)

## · 动态讯息 ·

## 美国联邦法院首次裁定医改法案条款违宪

2010 年 12 月 13 日, 华盛顿邮报以“Obamacare unconstitutional”为题报道了美国弗吉尼亚州联邦法官 Henry Hudson(亨利·赫德森)对美国新医改法案《Patient Protection and Affordable Care Act》中关于“强制个人购买医疗保险”违宪的裁定, 引起了美国社会的高度关注。

美国新医改法案第 1501 章规定, 个人必须购买基本医疗保险, 否则每年至少交纳 695 美元的罚款, 并定于 2014 年执行。这是美国在医改法案中首次提出个人必须购买医疗保险。此前美国法律并不强制民众购买医疗保险, 民众自愿购买意愿不高, 许多人生病之后直接去急诊室, 而法律又规定急诊室病人必须得到医疗救助, 直接造成了政府的大量补贴。

美国弗吉尼亚州司法局长、共和党人肯尼思·库茨内里提出了医改法案中“强制个人购买医疗保险”条款违宪的诉状。弗吉尼亚州联邦法官赫德森

是美国政坛著名的保守派, 是老牌共和党人, 也是首位作出这一条款违宪的联邦法官。赫德森在 42 页的判决书中强调, 宪法中的贸易条款规定, 联邦政府不得强制个人购买某种商品或服务。因此赫德森认为, 这不仅涉及买卖商品的问题, 而且有关“个人自由选择的权利”, 因此裁定这一条款“与宪法精神不符”。

实际上, “强制购买”条款正是反对医改法案的一个核心内容。在各地法院接到的 20 多起诉讼中, 大部分都是对该条款提出异议。弗吉尼亚州和密歇根州都接到过相关起诉, 在 2010 年 11 月份这两个州的两名法官分别驳回了起诉, 裁定该条款符合宪法。但这次弗吉尼亚州的赫德森法官却做出了截然相反的裁决。

(来源: 华盛顿邮报和新英格兰医学杂志)