

## 台湾全民健保的启示

中国台湾于 1995 年 3 月实行全民健康保险制度（全民健保），结束了多元医疗保险体制，建立了单一和统一的保险制度。1995 年间，医保覆盖率从 57% 扩大到 92%，十四种社会医疗保险（简称医保）合并整合为全民健保。中国大陆目前医保人口覆盖率已超过 95%，但是城乡医疗保险体系分别运行，三个医保制度间的衔接和整合还需要时间。国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中明确指出，应“加快建立统筹城乡的基本医保管理体制，探索整合职工医保、城镇居民医保和新农合制度管理职能和经办资源”。本文主要探讨在医保制度整合中如何借鉴台湾全民健保经验。

### 一、全民健保前台湾医疗保险体制的主要问题

在全民健保实施前，台湾十四种不同的社会医疗保险分属两大体系（见表一）：公教人员（简称公保），由考试院中央信托局承保；农民与劳工保险（简称农保与劳保），由行政院劳工保险局承保。当时台湾劳工（或称职工）与农民之眷属均未纳入保险体制。另外，当时台湾公务人员、私校教职员与劳工保险是退休金与医疗综合险。大部分医保包含现金给付，如生育津贴。

当时的医保制度差异主要表现在人均年筹资水平、服务包、支付方式与补偿比例等方面。公保筹资水平最高，为农保的 2.7 倍。各类医保服务包都包括门诊和住院，但是可报销的项目有差异。就支付制度而言，公、劳、农保皆以论量计酬（按服务项目收费）为主，但支付标准不同，造成不同保险体系间，同种服务价格不同。补偿比方面，职工与农民不需负担任何医疗费用，只要缴纳挂号费。但公保体系下，所有保险人需负担住院期间部分伙食费。另外，公务员本人，私校教员与退休人员比照劳农保缴纳挂号费，其余 6 种公保项目保险人另需负担部分门诊药费。

该体系医保导致了一系列的问题。首先，

未纳保的多为无业者与老弱妇孺，医疗公平性较差。第二，平均实际补偿比接近 100%，医疗服务被过度利用，医疗保险成了福利制度。第三，病患大批涌入大型医院，小病大医，降低了医疗体系的效率。第四，医保商业保险没有了进入市场的空间和动机，使得未纳入医保的人群无渠道加入保险。加上人口老龄化、昂贵医疗设备的竞相使用等因素，导致医保费用快速增加。

### 二、台湾健保对大陆的启示

台湾当时对旧医保体系进行改革面临着很大困难，包括如何覆盖 43% 没有保险的人口，如何整合十四种医保，如何将费用控制在合理范围内，等等。但是，其医疗保险体制改革也有两点优势：一、台湾旧医保统筹层级为省（台湾全省为一个统筹单位），整合主要是横向整合，不需要纵向整合，即不需要进行跨县市水平的整合。大陆还需将统筹层级从地市县向高水平整合。二、台湾 1995 年以前已完成城市化与工业化，基本不存在明显的城乡二元体制问题。当年台湾农业人口只占总人口 10%，且大都加入农会，从事企业化生产，城乡收入差距不大。旧医保在农村和城市皆以职业团体为投保单位，农保与劳保之投保薪资有联动关系。这些因素使得全民健保得以继续采用薪资税筹资。而大陆存在巨大的城乡差距与无固定工作群体，如何建立统一的筹资办法和体系将面临很大的挑战。以下探讨台湾如何进行不同医保间整合，并就大陆目前情况提出几点建议。

#### （一）由中央政府统筹规划，整合组织资源

台湾费时 6 年规划全民健保制度设计和实施，并立法通过“全民健康保险法”。在此法源下，创立了新的政府保险机构（中央健保局），将医保从旧医保体系分离出来，并将此机构设置于卫生署之下，脱离旧有医保体系，解决中央信托局与劳工保险局在管理上的利

益冲突问题。目前大陆医保由不同部门领导和管理，容易产生政府机构之间资源的互相竞争与协调问题。虽然各地已开始探索单一的医疗保险体制，但由于中央未颁布相关法令，使各部门(横向)与各政府层级(纵向)在城乡统筹进程中之职责不明确。建议中央应尽快总结各地经验，明确统一保险体制的组织定位与架构，制定短、中、长期政策目标，使各层次医保机构重构能够有法可询。此外，各地整合模式应基于科学证据，并进行系统评估。

## (二) 建立标准化的筹资办法、服务包内容和支付体系

整合了保险组织还需制订统一的保险政策。过去台湾各类医保筹资水平并非由精算得出，而是医保项目开办时政治环境与各部门协商的结果。但全民健保在全民纳保的基础上，建立了精算模型，测算出未来 25 年全民健保费用，并提出科学化的保费计算公式。简单讲，对于有薪阶级，筹资水平为投保薪资与费率之乘积；无薪资者，筹资水平为纳保人平均筹资水平。筹资来源有政府、雇主与个人，其负担比例依参保人的身份而异。简言之，全民健保先算出年度统一费率，以维持健保财务平衡，再通过调整个人负担比率与投保薪资，实现筹资公平性。因此，逐

步缩小整合后农民与城镇居民和城镇职工筹资水平的差距，需要精心测算，并明确筹资渠道。此外，全民健保制定标准的服务包与费用支付方式，采用统一的医疗价格目录，也是大陆医保整合所必需的。

## (三) 提升管理体制、建立信息分享平台与监督机制

全民健保建立了电子化信息管理系统平台，联结全台六个保险业务组与所有特约医疗机构。这不但提升整合后的行政管理效率，也实现了即时报销与医疗质量的监测。目前大陆信息系统仍在发展阶段，联结各省市的数据交换平台将有助于医保整合。另外，台湾全民健保的管理体制属于集权制，台湾卫生署为主管机关，掌握医疗价格制定、监督医疗机构、制定支付标准等。保险业务则由中央健保局地方业务组经办，健保局接受全民健康保险小组和三个平级的监督委员会监督与协助。目前大陆医保的监管机制尚未成熟，保险人(如合管办)所配置的专业人力资源不足。因此，整合后应尽快发展各项保险功能，包括控费与提升资金效用的办法以及支付制度改革，使医保成为购买健康而非仅是资金流转的载体。

表一 台湾全民健保实施前各种社会保险情况

开办保险专案	主管机关	承办机关 (保险人)	筹资水平 (人/年) <sup>1</sup>	占参保人口比例 (%)
<b>农民与劳工体系</b>				<b>85.3</b>
劳工保险(含国私企员工)	行政院劳委会	劳工保险局	15,114	69.8
低收入户健康保险	行政院内政部	劳工保险局	n/a	1.0
农民健康保险	行政院农委会	劳工保险局	8,280	14.3
各级地方民代及村里邻长健康保险	行政院内政部	劳工保险局	19,461	0.2
<b>公教人员体系</b>				<b>14.7</b>
公务人员保险(含公立学校教职员)	考试院铨叙部	中央信托局	22,782	4.8
其他 <sup>2</sup>	考试院铨叙部	中央信托局	n/a	9.9

数据源：公务人员保险统计(1995)、台闽地区劳工保险统计(1995)

<sup>1</sup> 筹资水平为 1995 年，单位为新台幣。2013 年 5 月：1 新台幣=0.21 人民币。

<sup>2</sup> 其他保险含退休人员保险、私立学校教职员保险、公务人员眷属疾病保险、私立学校教职员眷属疾病保险、退休公务人员疾病保险、退休公务人员配偶疾病保险、私立学校退休教职员疾病保险、私立学校退休教职员配偶疾病保险与军人保险。

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。