我国台湾地区医疗保险与支付制度改革经验及启示

徐嘉婕[1]，吕大伟[2]，金春林[1]*
（1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200040；2. 上海市医疗保障局，上海 200125）

摘要：从我国台湾地区医疗保险制度、健保支付制度等方面，介绍制度设计和改革经验。在此基础上为我国大陆地区的医药卫生体制改革提供参考和借鉴，包括构建多渠道的筹资体系、持续推进医保支付方式改革、引入第三方机构制定预算与支付标准，以及加强医疗服务监管与信息标准化建设等。

关键词：中国台湾；健康保险；支付制度改革；医药卫生体制改革
中图分类号：F842；R197.1　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1672-9188（2023）09-1001-05
DOI：10.13683/j.wph.2023.09.018

Experience and enlightenment of reform of health insurance and payment system in Chinese Taiwan

XU Jiajie[1], LYU Dawei[2], JIN Chunlin[1]*
（*1. Shanghai Health Development Research Center (Shanghai Medical Information Center), Shanghai 200040, China; 2. Shanghai Healthcare Security Administration, Shanghai 200125, China*）

Abstract: This paper reviewed the system design and reform experience of health insurance and payment system in Chinese Taiwan from the aspects of the health insurance system and health insurance payment system, also provided references for the reform of medical and health system in Chinese mainland, including building a multi-channel financing system, continuously promoting the reform of medical insurance payment methods, introducing third-party institutions to formulate budget and payment standards, and strengthening medical service supervision and construction of information standardization.

Key words: Chinese Taiwan; health insurance; reform of payment system; medical and health system reform

1 背景及意义

1.1 中国台湾地区基本情况

2022 年中国台湾地区人口 2 326.46 万人，GDP 22.71 万亿元新台币（10 元新台币≈ 2.3 元人民币）。中国台湾地区实行高度统一的“大卫生”体制，卫生行政部门既负责医疗卫生服务的资金筹集，也负责监管和提供部分医疗卫生服务，并通过健康保险主管部门（以下简称“健保部门”）承担卫生费用的统筹分配和服务购买职责[1]。

1.2 中国台湾地区医疗服务提供情况

中国台湾地区医疗机构分 4 级配置，形成由医学中心、区域医院、地区医院及基层医疗院所构成的较为合理、完善且多元化的医疗服务提供体制。医学中心主要负责跨区域医疗和急重症医疗，提供特殊及复杂疾病的诊断治疗，并兼具教学和科研功能；区域医院、地区医院分别承担区域性、地区性的教学和医疗服务；基层医疗院所则提供预防保健、急慢性疾病诊治及长期照护等基本医疗卫生服务。2021 年，中国台湾地区共有医疗院所 23 452 家，其

收稿日期：2023-04-08
作者简介：徐嘉婕，研究实习员，研究方向：卫生经济、卫生政策。
通信作者：金春林，研究员，研究方向：卫生经济、卫生管理及卫生政策。
基金项目：上海市卫生健康委“典型国家和地区卫生体系和筹资框架研究”（2023003C）

中医院 474 家、诊所 22 978 家；被保险人可以自由选择医疗院所，接受医疗照护服务。

1.3 中国台湾地区经验的借鉴意义

中国台湾地区的健康保险制度（以下简称“健保制度”）由于被保险人投保率高、投保费率低、给付范围广及就医可及性高，在国际备受称道。2000 年，经济学人智库就医疗需求、医疗供给等，将中国台湾地区健保制度评为全球第 2，排名仅次于瑞典。根据 CEOWORLD 杂志在 2021 年针对世界 89 个国家和地区的“医疗保健指数”进行的排名，中国台湾地区名列世界第 2，排名仅次于韩国。2022 年全球数据库网站 Numbeo 公布的医疗保健指数排名中，中国台湾地区在 95 个国家和地区中排名第 1。

2013 年起，中国大陆地区各省按照国家要求整合城镇居民医保和新农合两项制度，建立统一的城乡居民医保。目前，中国大陆地区的基本医疗保险含职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险，已构建起全球最大的基本医疗保障体系 [2]。2022 年，中国大陆地区基本医保参保人数达 13.46 亿人（其中参加职工医保 3.62 亿人，参加居民医保 9.83 亿人），参保覆盖面稳定在 95% 以上 [3]。中国大陆和台湾地区皆以社会医疗保险作为主要卫生筹资来源，且医疗服务体系的结构和基础相似，此外，中国大陆地区目前正在完善全民医保体系，健全医保管理服务体系。因此，深入研究中国台湾地区健保制度的制度设计和改革经验，对中国大陆地区的医药卫生体制改革具有重要的参考和借鉴价值。

2 中国台湾地区医疗保险制度

中国台湾地区于 1994 年出台“健康保险法”，1995 年起全面实施强制性社会医疗保险制度，即健保制度，纳保率超过 99.9%。集中、统筹资源且适用层面广的单一付费者制度是健保制度体系最大的特点，能够加强市场力量、控制医疗费用。

2.1 健保制度的机构设置与职责

健保制度以卫生福利事务主管部门（以下简称“卫福部门”）为主管机关，下设健康保险会（以下简称“健保会”）、健康保险争议审议会（以下简称“争审会”）与健保部门。健保会协助规划健保政策及监督办理保险事务的执行，针对保险费率及保险给付范围进行审议，并协议订定及分配年度医疗给付费用总额；争审会负责处理健保相关争议事项；健保部门负责健保业务执行、医疗品质与资讯管理、研究发展以及人力培训等。此外，财政承担的公共卫生服务经费也通过健保部门自上而下的系统统一核实拨付。在实施总额预算、服务购买议价、规范服务提供者行为、决定医疗卫生服务体系结构及功能发展等方面，健保部门发挥着举足轻重的作用 [1]。

2.2 健保制度的对象与财源

健保制度的保险费征收是将保险总经费分为 3 大块，由台湾当局、雇主与被保险人共同负担。根据职业与收入水平将被保险人分为 6 大类 [4—5]，并设定不同筹资比例，见表 1。保险费分为一般保险费和补充保险费，第 1、2、3 类被保险人等有工作者的一般保险费，以“被保险人的投保薪资 × 一般保险费率”计算；第 4、5、6 类被保险人的一般保险费，则以“第 1 类至第 3 类被保险人的每人一般保险费的平均值”计算。针对除第 5 类以外的被保险人，会额外征收补充保险费，以“被保险人的非薪资收入所得（包括高额奖金、执行业务收入、兼职所得、股利所得、利息所得及租金收入）× 补充保险费率”计算，使高所得者为具有社会保险性质的健保制度承担更多的责任。

健保制度的收入主要来自于保险费收入，小部分来自保险费滞纳金、公益彩券盈余分配收入及烟品健康福利捐等补充性财源。随着整体环境与社会人口结构变化等影响，医疗支出的增速远高于保费收入速度，健保部门除积极开源节流外，分别于 2002 年、2010 年及 2021 年 3 次调高保险费率，更以量能负担的公平原则，将未列入投保金额的 6 项所得计收补充保险费，明确规范台湾当局负担比例下限等，积极稳固财务，维持健保系统的运作及平衡。

表 1 中国台湾地区健康保险被保险人分类及保险费负担比例

Table 1 Classification of enrollees and premium contribution ratios of health insurance in Chinese Taiwan

类别	被保险人	受益人	保险费负担比例/%		
			被保险人	雇主	台湾当局
第1类	公务人员、公职人员、志愿役军人	本人及亲属	30	70	0
	私立学校教职员	本人及亲属	30	35	35
	公营及民营事业、机构等有一定雇主的受雇者	本人及亲属	30	60	10
	雇主、自营业主、专门职业及技术人员自由职业者	本人及亲属	100	0	0
第2类	职业工会会员、外雇船员	本人及亲属	60	0	40
第3类	农民、渔民	本人及亲属	30	0	70
第4类	义务役军人、军校军费生、在恤遗眷、服替代役期间的役龄男性及矫正机关收容人	本人	0	0	100
第5类	低收入户（经主管机关审核认定，家庭人均收入在当地近一年人均可支配收入中位数的60%以下，且家庭财产未超过主管机关公告的当年度一定金额者）	本人	0	0	100
第6类	荣民及其遗眷的家户代表	本人	0	0	100
		亲属	30	0	70
	一般家户户长或家户代表	本人及亲属	60	0	40

2.3 健保制度的给付

参加健保的被保险人，当患病、受伤或生育时，皆可凭健保卡至医院、诊所、药局及医事检验机构等有参与健保的特约医事服务机构接受医疗服务，健保按规定给予保险给付。医疗给付范围几乎包含所有必要的诊疗服务，即门诊、住院、中医、牙医、分娩、居家照护及慢性疾病复健等；医疗支付范围包括诊疗、检查、检验、手术、麻醉、药剂、材料、处置治疗、护理及保险病床等，被保险人自身只需承担“部分负担”。

由于医疗材料产业发展迅速，新医疗材料日新月异，故健保部门逐步将新医疗材料纳为健保给付的特材（健保收载给付的医疗材料称为特殊材料，简称“健保特材”）。对于改善现有健保特材的某些功能，但价格较原健保给付类似产品昂贵许多的新医疗材料，健保部门以自付差额方式纳入健保给付。若民众选用自付差额特材项目，健保按现行类似项目的支付标准给付，超过费用由民众自行负担。健保规定自付差额的上限，卫福部门会公告适用自付差额的项目。

3 健保支付制度

健保支付制度采用第 3 方付费机制，民众至医疗院所就医花费的医疗费用，由健保部门根据支付标准付费给医疗院所。健保部门使用健保费用点数（医疗服务点数）与医疗院所结算费用，1 点相当于 0.9 元新台币。截至 2021 年，支付标准共计 4 711 项诊疗项目。2004 至 2021 年，公告调整支付标准 109 次，修订 3 088 项诊疗项目的支付点数。

3.1 多元支付制度

健保制度实施初期，为鼓励医疗院所申请为健保特约机构，主要采用按服务项目支付，但该制度易造成医疗服务利用增加，健保财务负担加重[5]，对医疗品质亦有影响。因此，为构建合理、公平及健全的健保制度，健保部门参考其他先进制度，再根据不同医疗照护的特性，设计不同支付方式，如自 2002 年 7 月全面实施医疗费用总额预算支付制度；同时通过支付制度策略，如按病例支付、按人头支付及按绩效支付改革方案，改变诊疗行为；此外，推动山地离岛地区医疗给付效益提升计划、家庭医师整合照护计划，以增进医疗服务体系整合；并以品质与结果支付，如按绩效支付等。另为提升医疗服务效率，自 2010 年 1 月 1 日实施健保住院诊断关联群（diagnosis related group，DRG）支付制度，并自 2014 年 7 月 1 日实施第 2 阶段[6]。

3.2 总额支付制度

健保部门自 1998 年陆续推动牙医、中医、西医

基层及医院等部门总额支付制度，至2002年起全面实行总额预算支付制度，以有限的健保资源提供有效且高品质的医疗服务，将医疗费用增长率控制在5%以下。医疗费用总额预算研拟流程见表2。

为确保医疗院所提供的照护品质及范围不因总额支付制度的实施而改变，健保部门在协议订定医疗费用总额时，同时订定各总额部门品质确保方案，包括医疗服务品质满意度调查、申诉及检举案件处理机制、保险对象就医可近性监测，以及针对专业医疗服务品质订定的临床诊疗指引、专业审查、病历纪录等规范、建立医疗院所辅导系统和医疗服务品质指标等。

3.3 支付审查制度

为避免医疗浪费和保障医疗品质，支付审查制度为必要机制。审查重点为医疗服务项目、数量及适当性。基于人力及行政成本，支付审查分为专业审查与程序审查。健保部门从2014年9月建立“智慧系统”，将疑似异常耗用健保医疗资源的申报项目，通过电脑自动筛选，列入抽样样本或予以标记，并提供异常资讯，抽调病历送专业审查确认是否符合健保规定，以提升审查效率。该系统目前以健保门诊、住院、药品、特定诊疗与处置及特定个案名单等5项主构面开发出约140项筛异指标。

4 启示与建议

4.1 构建多渠道的筹资体系

中国大陆地区的基本医保制度在筹资机制方面尚存一定不足。一是职工医保的单位费率逐步提高，个人费率保持不变，导致筹资结构失衡；二是居民医保以财政补助作为主要的筹资来源，居民医保人均财政补助标准从2012年的240元提高至2022年的610元，财政补助占比过高，导致筹资结构过度依赖财政[7]。随着国家越来越关注居民的因病致贫风险，大病保险的推出以及高价创新药物被纳入医疗保险，医疗保险基金支出将迅速增加，现有筹资制度难以应对不断增大的医疗保险基金压力，基金可持续性将面临极大挑战。建议借鉴中国台湾地区的成熟经验，扩大筹资渠道，可考虑每年将烟酒税收、环保税收等的一部分用于补充医保基金。

4.2 持续推进医保支付方式改革

中国台湾地区将点数法原理应用到医疗保险领域，取得较好成效。结合其经验，建议将点数法引入总额预算管理，推行区域点数法总额预算管理下以DRG/病种分值付费（diagnosis-intervention packet，DIP）为主的多元复合式医保支付方式改革，通过统一比价关系，有效整合多元支付方式，将DRG/DIP、中医、床日等各种医疗服务的价值折算为可比价的服务点数，推动支付改革重点由医疗机构转为适宜服务，持续提高医保基金使用效率。引入绩效支付理念，建立考核评价和风险调节机制，将日常监测、年终考核与质量保证金挂钩，促进医疗机构进一步提高服务质量，保障支付改革工作平稳过渡。

4.3 引入第3方机构制定预算与支付标准

中国台湾地区健保的医疗给付费用总额预算与

表2 中国台湾地区健康保险医疗费用总额预算研拟流程

Table 2 The budget drafting procedures of health insurance in Chinese Taiwan

时间节点	内容
年度开始6个月前	年度医疗给付费用总额，由卫福部门于年度开始6个月前拟订其范围，经咨询健保会后，报行政事务主管部门核定
年度开始3个月前	健保会于年度开始3个月前，在行政事务主管部门核定的总额范围内，协议订定医疗给付总额及其分配方式
年度开始2个月前	健保部门于健保会协议订定医疗给付总额后1个月，将保险费率提请审议
年度开始1个月前	健保会应于年度开始1个月前根据协议订定的医疗给付总额，完成该年度应计的收支平衡费率的审议
不能于期限内完成审议时，由卫福部门直接报行政事务主管部门核定后公告	费率公告实施

医疗服务支付标准由健保会订定及审议，作为主管机关的卫福部门和作为经办机构的健保部门均无法决定。健保会由被保险人、雇主、保险医事服务提供者、专家学者、公正人士及有关机关代表组成，通过收支连动机制，确保长期财务稳定。作为第 3 方机构，健保会能够制约卫福部门和健保部门的部分权力，使决策过程更公正、透明。目前中国大陆地区的政府机构在医疗服务价格和支付标准的制定过程中缺乏第 3 方议事机构，可能导致权力过于集中及公信力不足。因此，建议发挥第 3 方机构的技术支撑作用，促使预算与支付标准的制定更加客观、公正、规范、透明。

4.4 加强医疗服务监管与信息标准化建设

完整且标准化的信息是进行健保审查和档案分析的基础。2021 年，中国台湾地区推动健保制度各项服务的健保部门工作人员有 3 032 人，能完成对精细化程度和质量要求高的管理工作，很大程度上依靠高度的标准化与信息化。与健保相关的所有信息，医疗机构均需即时、完整地传送到健保部门，若发现不符合标准规范的信息，健保部门会将整批数据发回医疗机构并暂停结算费用。建议中国大陆地区根据标准严格审核医疗费用，加强对医疗服务的监管。在进一步提高软硬件投入的同时，加强信息标准化建设，并建立真实高效的信息收集体系。

参考文献：

[1] 匡莉, 曾益新, 张露文, 等. 家庭医师整合型服务及其医保支付制度: 中国台湾地区的经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8: 26-35.

[2] 傅卫, 张植晟, 王秀峰, 等. 新中国70年卫生改革发展的道路与展望[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(9): 1-4.

[3] 国家医疗保障局. 2022年医疗保障事业发展统计快报[R]. 北京, 2023.

[4] 徐嘉婕, 王美凤, 王海银, 等. 中国中国台湾地区创新医疗技术支付进展及经验[J]. 中国卫生资源, 2020, 23(1): 59-62.

[5] Cheng SH, Chiang TL. The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. Results from a natural experiment[J]. JAMA, 1997, 278(2): 89. 根据有关规定，涉及台湾同胞不能称“全民(universal)”。这里未对题目作改动，以保持原貌——编辑注

[6] 徐嘉婕, 彭颖, 王力男, 等. 我国中国台湾地区住院诊断关联群支付制度改革经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(1): 91-96.

[7] 金维刚. 中国医保改革的特点与经验[J]. 中国医疗保险, 2019, 10: 26-27.

（编辑：沈　盈）