

摘要：台湾全民健康保险自 1995 年实施至今已经取得了显著的成效，民众的健康有了基本的保障。但是，台湾健保也面临着严重的财务问题，至今已经爆发了三次财务危机。本文从台湾健保的管理制度、财务收入制度和财务支出制度等方面对其财务危机进行了分析，并总结出它为完善我国大陆健康保险制度提供的借鉴意义。

关键词：台湾；全民健康保险；财务危机

Abstract: The implementation of health insurance of all the people of Taiwan has made obvious achievement since it started in 1995 and the health of the people has basic guarantee. However, the health insurance of Taiwan faces serious financial problem and three financial crises have been erupted so far. This paper analyzes financial crisis in the aspects of management system, financial receipts system and financial expenditure system of Taiwan's health insurance and summarizes its learning significance for completing main-land health insurance system.

Key words: Taiwan; health insurance of all the people; financial crisis

一.台湾全民健康保险的制度分析

台湾地区健康保险制度源于 1950 年的劳工保险，至 20 世纪 90 年代初已有 13 种健康保险。由于当时这种保险制度存在着如保险费交纳不一、医疗费用支付标准不一以及管理混乱等问题，从 1988 年开始台湾当局就组织人员着手规划实施全民健康保险，简称全民健保。1994 年 8 月 9 日，台湾当局公布了“全民健康保险法”，1995 年 3 月 1 日，正式开始实施全民健康保险，至今已有十余年之久。

(一)台湾全民健保的制度模式

台湾全民健保前后规划了 6 年，台湾当局借鉴了国外的一些实施经验，同时结合台湾当地的社会经济状况与民众需要，创立了具有特色的社会健康保险体制。其制度模式的特点主要有如下几点：

1.中央集权的单一公营体制。在台湾的全民健保体系中，中央健康保险局是整个健保运作的具体承担者，充当保险人的角色。健保局总局综合管理全局业务，负责业务制度规划、督导、研究发展、人力培训、信息管理等。健保局总局下设 6 个分局，直接办理承保业务、保险费收缴、医疗费用审查核对及特约医疗机构管理等业务。在台湾，负责监督全民健保运作的机构有：负责监督保险业务的“全民健康保险监理委员会”、负责审议各项争议的“全民健康保险争议审议委员会”、负责协议与分配健保年度所需医疗费用总额的“全民健康保险医疗费用协议委员会”。这三个监督机构同健保局总局一起，向上对“行政院卫生署”负责，构成了全民健保的行政体系。

2.全民强制纳保。在台湾“全民健康保险法”中规定，凡是“中华民国”国民，在台湾地区设有户籍满四个月以上，都必须参加全民健保。此外，领有台湾地区居留证件的外籍人士，在台湾居留满四个月，也应该参加健保。可见，台湾全民健保是一种强制性的社会保险。被保险人依其职业类别与所属投保单位，共分为六大类：第一类为公营事业机构公务或公职人员，私立学校教职员，自营作业者和雇主；第二类为职业工人，外雇船员，自营作业和雇主；第三类为农民和渔民；第四类为军人眷属；第五类为低收入户；第六类为荣民(指早期的退伍军人)、荣誉等。投保者中有职业者应透过所属单位投保，没有职业的可透过乡(镇、市、区)公所投保。

3.保险费收缴以薪资为依据。在台湾全民健保中，保费收入是健保资金的主要来源。具体由三部分负担：一是被保险人缴纳的保险费；二是被保险人所在单位(雇主)为被保险人所缴的保险费；三是“政府”为一些特定被保险人(第四类、第五类低收入户和第六类无职业荣民)所提供的补贴。在所有的保险对象中，除



第四、五、六类保险对象以全体保险对象每人平均保险费作为计算基础，其它都以被保险人的薪资所得为计算基础。被保险人的资本所得，包括营利所得和财产所得，则未列入费基计算。

4. 自负盈亏的财务责任制度。为避免全民健保拖垮财政，台湾健保实行的是自负盈亏的财务制度，健保必须负责自身的财务平衡。为了健全健保财务制度，台湾当局制定了一些措施：(1)允许及时调整保险费率。健保法规定保险费率最高上限为6%，开办第一年为4.25%，至少每两年精算一次。根据精算的结果和财务收支情况，可以对费率加以调整。(2)提取安全准备金。为了避免医疗费暴增或因经济不景气、失业等原因导致的保险费收入减少和保险财务短期失衡，健保法规定每年应从保费收入总额中提取5%的安全准备金，以保证健保财务的稳健运行。

廖添土：台湾全民健康保险财务危机论析 5. 医疗费用部分负担制度。所谓的“部分负担”是指，民众就医除了健保给付外，仍须自己负担部分医疗费用。推行部分负担制度，是为了强化患者的医疗成本意识及个人责任，避免医疗资源的不当使用。同时，为了避免因实施部分负担制度加重一些贫困民众的经济负担而影响其正常就医，又订立了免除部分负担的相关措施。免除项目包括重大伤病、分娩、预防保健、山地离岛、慢性病连续处方笺等，免除对象涵盖低收入者、职业伤病患者、结核病患者及3岁以下儿童等弱势群体。

6. 保险医疗给付范围广。参加了全民健保的台湾民众，在缴交保险费并领取健保卡后即可享受范围非常广的保险医疗给付。不管是牙医、西医还是中医门诊、急诊、住院、生育、预防保健、家庭病房、精神病社区康复等医疗服务都涵盖在保险给付的范围内，民众从小感冒到住院手术或重大疾病，仅需要担负部分负担费用，其余皆为保险给付。

(二) 实施效果简评

台湾健保实施后，获得了国际上比较广泛的好评。健保开办后短短数年间，民众纳保率由1995年的57.48%上升至2003年的98%，几乎全岛民众皆可接受健康保险社会保障，大大降低民众就医的经济障碍。特别是老、弱、妇、孺等医疗照护需求高的民众，就医不需花费昂贵的医疗费用就可享受医疗照护。台湾健保取得了全民纳保、民众满意度高、保障范围广、就医方便、保费低廉等成效。2000年，英国的《经济学人》在评估《世界健康排行榜》时，综合各项指标，将台湾地区列为第二名。美国知名期刊《健康杂志》(Health Affairs)，也于2003年5月份专文论述台湾全民健保的成就，给予了高度的评价。

二. 台湾全民健康保险财务危机的实证分析

台湾健保实施十余年来取得了令人满意的成就，获得了台湾民众的支持。但是，健保的财务问题却始终未能得到解决，财务危机屡屡爆发。依《南方周末》2006年4月6日报道，从1995年至今，台湾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%。安全准备金至2004年只剩78.5亿元(新台币)，健保面临着破产的危险。

(一) 第一次财务危机(1999~2000年)

如表1和表2所示，台湾健保开办的前三年，财务状况良好。这三年每年的健保财务收入均大于财务支出，安全准备金也由1995年的371.44亿元(新台币，下同)上升到1997年的615.59亿元。但是，1998年财务支出急剧增长，而收入却增长缓慢，当年的健保财务就略微失衡，支出比收入多了约15.6亿元，这一财务缺口由安全准备金来平衡。到了1999年，健保财务失衡更加严重，爆发了第一次财务危机。这年财务支出远远高于收入，财务逆差达210.03亿元，安全准备金一下子减少了35%，只剩389.96亿元。

针对第一次财务危机，台湾当局采取了一系列开源节流的措施。开源措施包括：核查投保金额、中断投保开单、协助弱势寻求补助、争取代位求偿、公益彩券盈余分配及烟品健康福利捐赠等。节流措施包括：防止医疗资源浪费、强化药品特材支付作业、查处医疗院所违规行为、落实医疗费用审查等。这些措施取得了一定的成效，到了2000年健保财务状况有所改善，财务支出比上年有所减少，收入增加了203.64亿，财务略微出现了盈余。

(二) 第二次财务危机(2001~2003年)



自 2000 年健保财务有所改善之后的三年，健保又爆发了第二次财务危机，财务缺口又开始加剧，直到 2003 年才有所缓和。这三年财务支出年平均增长速度为 5.87%，而收入年平均增长速度只有 5.76%，安全准备金逐年减少，2003 年只剩下 82.8 亿。

为了应对这次财务危机，台湾当局不得不调整保险费率，于 2002 年 9 月把保险费率由 4.25% 调整至 4.55%，提高健保收入。其次，全面实施总额预算制度，适度控制医疗费用增长。总额预算制度是指由被保险人、医疗服务提供者及专家学者共同协议医疗费用的年度支出总额，在总额范围内依照支付标准表决定服务报酬的一种医疗费用支付制度，其目的是要医疗提供者共同承担财务风险责任，以合理控制医疗费用于预先设定的范围内。实施总额预算制度后，医疗费用得到一定的控制，年成长率在 4%~5% 之间。

(三)第三次财务危机(2004~至今)

在 2003 和 2004 两年，由于医疗费用得到有效控制，加上调涨保险费率增加了健保收入，财务形势有所缓和，但依然是入不敷出，到 2004 年底安全准备金只剩下 78.5 亿元。2005 年财务支出又开始大幅上涨，但财务收入却反而小降，使得财务缺口达 650 亿元，安全准备金变为负数。在现有费率制度下，按照健保的财务预算，未来五年健保财务缺口将进一步拉大，健保的财务危机将更加严峻。

针对这次财务危机，当局采取了包括长期和短期两套措施。短期措施主要是实施所谓的多元微调方案，主要措施包括投保金额上限由 87600 元调整至 131700 元、军公教投保金额由薪资的 82.42% 调整至 87.04%、争取烟品捐赠及代位求偿收入及拉大小区医疗与大型医院门诊部分负担差距等。长期措施则是谋划推出二代健保规划，其目标是建立权责相符、财务收支平衡、扩大社会参与、提升医疗质量的健保制度。

三.台湾全民健保财务危机综合成因分析

台湾全民健保实施的是自负盈亏的财务制度，保证全民健保的财务平衡，是事关健保能否永续经营的重要问题。每次健保财务危机的爆发，当局都要采取一系列的措施来挽救，但收效甚微，健保财务依然入不敷出。健保财务危机屡屡爆发，根源在于健保自身的制度缺陷。要达成健保的财务平衡，台湾当局就应该从健保的制度层面上做一番彻底而有效的改革。

(一)健保管理制度

1.中央集权的公营体制，不利于健保的正常运作。台湾全民健保管理制度是一种单一的公办公营体制，这种管理体制存在不少弊端。首先，单一保险人体制缺乏多个保险人之间的竞争，无法发挥市场资源配置优势，降低健保自身的运营成本，同时也无法满足民众多层次的健康保险需求。其次，中央集权的公营体制容易使“政府”的角色定位错误，致使健保行政与业务不分。在国际上实施社会性健康保险的国家(如德国)，政府一般担任监督者及仲裁者角色，而非执行者。但在台湾健保的组织体制中，中央健康保险局既是管理者又是保险人，身具承保、医疗机构特约管理、支付标准订定、医疗费用审查与核付等多重身份。这种角色定位错误破坏了健保的正常运作体制，造成健保运作制度的畸形发展。

2.支出与收入缺乏连动机制，财务预算难以平衡。在台湾健保体制下，财务收支预算分别由“监理会”和“费协会”负责，收支预算相分离。其中，“监理会”的主要职能是提供法规咨询、收入面的费率制定与监督等，而“费协会”的主要职能是在总额支付制度下负责健保财务的支出预算。由于“监理会”与“费协会”相互分立，使得收入与支出的缺乏连动关系。如果“费协会”为了提升医疗服务质量而决定增加预算支出，而“监理会”却决定费率不动、其它收入也不增加，则两者之间会出现财务缺口。这种收入与支出预算相分离、权责不对等的机制，不利于健保财务收支平衡。

3.管理监督制度不健全，致使健保财产被侵吞。对台湾健保运作的监督主要由“监理会”负责。然而，由于台湾当局的无能和“监理会”监督的无力，健保财产一直不断的被侵吞。在台湾，政客、医界与不法集团串通“吃健保”的丑闻，屡屡见诸报端。据海峡都市报 2006 年 3 月 31 日报道，民进党“立委”林进兴、邱永仁所分别经营的两家医院，通过勾结假病患与假住院诈领健保费至少 1.9 亿和 1.1 亿。由此可见不法集团“吃健保”之猖獗，健保又岂能不爆发财务危机。



(二)健保财务收入制度

1.保险费负担不公。健保保险费的收取应充分重视负担的公平性，但是，台湾健保保险费的收取长久以来即存在着一些不公平的现象：

首先，工薪阶层负担沉重。由于保险费费基以薪资所得而非实际所得计算，因而健保财务主要由工薪阶层负担。随着社会经济的发展，薪资所得占台湾民众总所得的比重逐渐降低(目前这一比例是 55%)，而其他所得，比如资本所得，所占的比重却逐渐升高。这种情况使得依靠薪资所得的工薪阶层保费负担越来越重，而大量资本所得者，拥有着巨额收入却不需分担保险费，显失公平。有报道说，台湾著名模特林志玲，年收入将近 4300 万，每个月的健保费，只要缴交 604 元，比许多上班族都还要低。另外，由于薪资取得占总所得的比重下降，客观上也使得健保财务收入增加的空间越来越小，影响健保财务平衡。

其次，保险费各类目之间负担差异较大。台湾健保把保险对象分为六类十四目，各类目保险对象本人、雇主及政府负担比例各不一样，造成类目之间保费负担的差异。比如，第一类保险对象的公营事业人员，缴交保费时不必以全部薪资投保，而且有投保薪资的上限，保费负担比第二类保险对象大大减轻。另外，在第二类别保险对象里，职业工会会员保费负担比普通工人低，因而，很多被保险人纷纷以加入工会等方式来转移投保身份，以逃避高额保费。

最后，家庭成员多的保险对象负担更重。在台湾健保体制下，家庭成员多者，除了要为自己购买保险外，还要为家庭成员购买保险，一个人往往要同时负责好几个人的保费。这使得家庭成员多又以全薪投保的民众负担十分沉重，而单身又未以全薪投保的民众负担较轻。

2.保险费率僵化。依据“全民健康保险法”的规定，健保财务可以对保险费率进行及时的调整，以维持财务平衡。从医疗保健支出占 GDP 比值来看，OECD 国家平均每年支出在 7-9%，而台湾平均只有 5.88%，因而相对于 OECD 国家，台湾保险费率还有一定的上调空间。但是，台湾健保自实行以来，费率也只调整一次，且幅度很小。这是因为在台湾特殊的政治体制下，要想通过上调费率来达成财务平衡，困难重重。首先，由于台湾特殊的政治环境，政治家的活动都是为选举服务。为了取得选民的支持，获得竞选的成功，政治家往往反对保险费率的调涨。其次，由于保费负担的不公，调涨保险费率也会受到民众的强烈反对，保险费率调涨举步维艰。

(三)财务支出制度

由于健保制度的“道德风险”，任何一个国家或地区都面临着医疗费用支出上涨的问题，因而都需要一套合理的制度来控制医疗成本，防止医疗浪费。台湾健保财务支出制度，就缺乏一套既保证民众健康不受损害又能合理控制医疗费用的机制。

1.总额支付制使民众健康受损。台湾全民健保实施之初医疗支付主要采用论量计酬制度，即按照医生提供的服务量、民众的用药量及住院天数等来计算健保的医疗给付。这种支付制度虽然方便医疗费用的计量，但是不利于对医疗费用的合理控制。为了多获得健保医疗给付，医疗提供者往往增加服务量和用药量，民众也往往增加就医次数，导致医疗费用快速增长。后来随着第二次健保财务危机的爆发，为抑制逐年高涨的医疗费用，台湾当局全面实施了总额支付制度。总额支付制度在控制医疗费用方面起到了一定的作用，但是由于其只在医疗供给方控制费用支出，并没有在医疗需求方面进行合理的控制，使得民众的医疗需求仍然十分庞大，民众的医疗资源浪费仍然十分严重。在高涨的医疗需求面前，医疗提供者为了控制医疗费用在预算的总额内，就不得不降低医疗服务质量，从而使民众的健康受损。

2.药价黑洞蚕食健保收入。台湾健保药价黑洞每年都要蚕食几百亿的健保收入。所谓药价黑洞，是指健保局支付医疗院所交付保险对象(病患)的药品费用，与医疗院所实际购买价之间所产生的差距。据人民日报网络版香港 2000 年 7 月 19 日报道，台湾健保每年损失的药价黑洞达 200 亿元。为减少药价黑洞，从 1999 年到 2002 年，健保局共进行了三次药价调降，试图解决药价黑洞问题。结果表明，这一措施收效甚微。因为在新的药价下，医院基于营运营利的现实考虑，会重新寻找可获取最大药价差的药品，以取代原先采购的药品。这样，不仅药价黑洞没有得到解决，民众的健康也受到了损害。

3.医疗资源浪费严重，促使支出急剧上涨。台湾虽然实行了总额支付制度，医疗费用有所控制，但是医疗资源浪费，还是十分严重。全民健保实施后，台湾人民变得“爱逛医院、爱拿药、爱检查”。据统计，



台湾目前平均每人每年看病次数高达 15.3 次、药费占全部健保费四分之一、门诊医疗花费占总医疗费六成以上，民众“不看白不看”的心理十分普遍。其次，医疗院所“可住(院)可不住的，要住；可割(手术)可不割的，要割；可照(内视镜)可不照的，要照；可开(药)可不开的，要开”的浪费现象也屡见不鲜。由此可见，医疗资源浪费是台湾健保当前很重要的问题，导致了财务问题的日益恶化。

(四)其他客观因素

台湾健保财务失衡原因错综复杂，除上述原因外，还有其他一些客观的因素影响财务平衡。这些客观因素主要有：第一，台湾近年来经济发展不景气，财政日益恶化，企业纷纷外移，失业率上升，民众收入减少，使得健保费收入锐减；第二，台湾人口的老龄化加剧了健保财务危机。随着台湾人口平均寿命的延长和出生率的下降，台湾人口老龄化非常严重。十年前 65 岁以上老人占总人口的 5%，如今达到 9.6%。人口老龄化使得健保医疗费用大副增长，加剧了健保危机；第三，医疗科技的日益进步和新药的不断开发，以及医疗给付范围的扩大，也都增加了医疗费用的支出。

四.借鉴意义

实施健康保险是提高我国人民生活水平和稳定社会的必要措施，是新形势下构建和谐社会和全面建设小康社会的重要一环。由于我国仍然是个健康保险不发达国家，健康保险体制还不健全，社会医疗保险覆盖面低，因而，在新形势下完善健康保险体制是我国的重要任务。台湾全民健保实施十多年来，其改革的成功和失败，可为祖国大陆建立和完善健康保险制度提供可贵的借鉴意义。

(一)大力发展商业健康保险，建立多层次健康保险制度

1998 年 12 月，国务院颁布了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，建立了以“低水平，广覆盖”为主要特征的新型医疗保险制度。这种医疗保险制度是与中国特色社会主义初级阶段的生产力发展水平相适应的，其保障目标定位于满足职工的“基本医疗需求”，并且强调个人在医疗费用支出上的责任。但是，我国医疗保险改革的实践表明，单靠政府力量难以满足广大人民群众快速增长的多元化健康保障需求。发展商业健康保险，不仅可以满足广大群众多层次的健康保险需求，还可以充分发挥市场机制作用，降低社会健康管理成本，提高健康管理质量和效率，减轻政府负担，构建健全的社会保障体系，促进社会主义市场经济体制的完善。

(二)建立有效的供方与需方医疗成本共同分担机制，控制医疗费用

为了防范“道德风险”，合理控制医疗费用，一个理想的医疗保险体系要能同时达到两个目标：一是保护消费者使其能避免患病时的财务风险；二是使医疗资源能够有效的运用。然而如果仅采用一个政策工具，而同时想达到这两个目标时，常陷于两难境地。因而，应该使供方成本分担制度与需方成本分担制度一起搭配使用，才可避免两难困境，同时兼顾风险保护与资源使用效率的双重目标。所以，完善我国的健康保险体制，必须寻求一套有效的供方与需方医疗成本共同分担机制，使民众健康在不受损害的情况下合理控制医疗费用。

(三)加快医疗卫生体制改革

目前，我国的医疗卫生体制改革相对滞后，仍存在着一系列的问题，如医院产权不清，医疗服务重视效率而忽视公平，民众看病难，看病贵等。医疗卫生体制改革的顺利与否关系到社会医疗保险体制改革的成败，关系到商业健康保险的发展和医疗卫生费用控制的效果。因而，要建立完善的社会健康保险体系，当务之急是加快我国医疗卫生体制的改革。

另外，完善我国的健康保险体制，还应该完善相关的法律法规，建立完善的财务监督制度，制定合理的保险费率，保证负担的公平。并且，还应该在农村大力推广医疗健康保险，使广大农民也有健康的保障。

参考文献：

[1]张付，吴娟.台湾健保：医疗制度乌托邦[N].南方周末，2006-04-06.

[2]杨志良，林雨静.全民健保财务问题及因应对策[N].中央日报(台湾)，2002-03-01.



- [3]陈孝平.健保财务应建立责任分摊制[N].联合报(台湾), 2002-02-09.
- [4]林秀美.全民健保财务入不敷出, 再不改革恐影响医疗质量[N].民生报(台湾), 2005-11-23.
- [5]詹建富.健保 10 年 支出破 3 兆[N].台湾《民生报》, 2005-07-14.
- [6]江东亮.感情变负担—谈全民健保之下的三个矛盾[J].全民健保月刊(台湾), 2000.
- [7]林端宜.台湾健康保险制度观[J].中国中医药信息杂志, 2003(2).
- [8]刘晓强.台湾全民健康保险制度评价[J].国际医药卫生导报, 2002(Z1).
- [9]燕安, 李野.我国社会医疗保险与商业健康保险浅析[J].国际医药卫生导报, 2005(5).

