



台湾医疗卫生体制及其启示

□ 文 武

2008年台湾人口为2300万人，65岁以上老龄人占10.4%，人均GDP为17509美元，人均卫生支出达到1087美元。从国际比较来看，其卫生投入效果比在世界上处于先进水平；其卫生支出占GDP的比重为6.4%，比其他发达经济体都低；其孕产妇死亡率和婴幼儿死亡率与其他发达经济体相近；人均寿命达到男75.6岁、女81.9岁。这说明台湾的医疗卫生体制有其独到之处。

一、台湾医疗卫生体制的特点

台湾现行的医疗卫生体制也是经过多年演化而来的，有以下几个特点：

一是卫生行政部门既负责医药卫生服务提供，又负责服务筹资。台湾卫生署下设国民健

康局、疾病管制局、食品药物管理局、医政处、护理及健康照护处等机构，对全社会的医疗卫生服务、食品药品经营进行监督管理，并直接管理28家署立医院。还设有中央健康保险局，专司统一的健康保险基金筹集、支付和管理，而且由财政承担的公共卫生服务经费也通过该局自上而下的系统统一核实拨付。另外还专门设立了长期护理保险筹备小组研究建立长期护理保险制度。由此看来，台湾的卫生行政管理体制是高度统一的“大卫生”体制，而且其立法机构已明确，到2012年要合并成立“卫生和社会福利署”。

二是医疗卫生服务提供主体多元化，且以社会资本办医为主。目前台湾已形成多元化办医格局，而且社会力量办医呈现出良好的发展

势头。2009年公立医疗机构个数占医疗机构总数的2.7%(公立医院占医院总数的15.6%,公立诊所占诊所总数的2.3%),床位数占总床位数的29.7%;私立医疗机构个数占97.3%(私立医院占84.4%,私立诊所占97.3%),床位数占70.3%。公立医院既有各级政府举办的医院、区(乡镇)卫生所、卫生室或保健站,也有公立大学举办的医院。私立医疗机构既有各类财团法人和慈善组织举办的非营利性医院,又有个人举办的各类私人诊所。从近15年的发展趋势来看,医院在朝着集约化、规模化的方向发展,诊所正逐步增加。医院从1999年的787家减少到2009年的514家,而诊所从15322家增加到19792个。

三是医疗卫生服务筹资由唯一的健康保险局实行一体化管理。1995年,台湾在整合十多项医疗保险保障制度的基础上建立了强制性的全民健康保险制度,目前已覆盖99%的人口。该制度由健康保险局作为唯一的保险人统一经营管理。健康保险费由雇主、雇员共同缴纳,政府给予适当补助并重点照顾没有缴费能力的参保人,同时将烟草附加税等作为补充来源。健康保险支出占卫生总费用的比重逐步上升,从1994年的39.8%提高到2008年的53.6%,而民间支出(包括个人、企业补充业保险支出)所占比重从44.9%下降到40.8%,政府预算直接用于公立医疗机构的支出所占比重从15.2%下降到5.6%。除了健康保险基金以外,健康保险局还承担传染病防治等公共卫生项目资金的统一审核支付管理。

四是健康保健付费方式是引导患者就医、调控资源流向的“指挥棒”。台湾的全民健康保健给付范围既保大也保小,无论是西医、中医还

是牙医的门诊、急诊、住院、康复、护理、居家照料等医疗服务均在保险的给付范围内,患者仅需要负担部分费用,定点医疗机构占全国医疗机构的92%。在支付方式上以总额预算下的按量计酬为主,同时配合采取诊断相关分类等其他支付制度。在支付标准上,向基层医疗卫生机构倾斜、向经过转诊的患者倾斜、向不住院或住院时间短的患者倾斜,从而引导患者就近就便在诊所等基层医疗卫生机构就医,引导逐步建立逐级转诊制度,引导医患双方共同控制住院床日,从而合理配置医疗卫生资源。

五是政府补助重在补需方,对供方的直接补助逐步减少。在实行全民健康保健制度以前,由于只有60%左右的人参加了各项医疗保险,尚有40%的人需要自费看病,为保证这些人群看病不至于太贵,各级政府都举办了一些公立医院,其基本建设、设备购置以及原录用人员的基本工资所需资金由财政给予补助。但是,实行全民健康保健以后,由于该制度的覆盖面达到99%以上,医疗费用均可按规定的给付范围和标准给予补偿,而且对公立医院、私立医院在支付标准上一视同仁,私立医院给公立医院带来了很大的竞争压力。在这种情况下,台湾的公立医院也通过改制、合并、委托经营、BOT等形式从1995年的95家减少到2009年的80家,同时,各级政府的医疗卫生支出主要用于对低收入群体、退伍退役军人等参保缴费的补助,逐步压缩并减少对公立医院的直接补助,现在主要是一次性建设投入。

六是以医疗品质评价为手段推进医院服务质量乃至整体管理水平的提高。从1978年起,台湾卫生署即开展医院品质评价工作,近年来更注重体现以病人为中心,主要对医院的

照顾措施执行情况,包括对患者的生理、心理、社会及经济状况的考虑情况、对本院无法救治病人的后续处理措施、尊重病人及其家属情况、对文化及个人差异的照顾情况等进行评价。这一系统性、规范性的工作有力地促进了公私医院努力推进医院的品质管理和文化建设,促进医院以病人为中心优化服务流程,尽心尽力为病人提供服务和方便。

另外,台湾还建立起了互联互通的医疗卫生信息系统,为医疗机构内部管理以及政府对医疗机构监管提供了良好的信息平台。

二、台湾医疗卫生体制面临的问题和挑战

总的来看,台湾以较低的费用使全体公民享受到了给付范围广、就医方便、服务质量较好、个人负担较轻的医疗卫生服务,参保者也较满意。但是其现行的医疗卫生体制也面临着一些问题和挑战。

一是健保基金收不抵支。一方面,健康保险费难以随着经济发展和参保者收入的增长而同步增长,从其他渠道获得收入又受到限制。另一方面,由于人口老龄化日趋严重,医疗领域新技术日新月异,保险给付范围不断扩大,其结果必然是健康保健基金收不抵支。台湾的健康保健基金自诞生后第三年即出现收不抵支的情况,后经采取措施有所好转,但于2001—2003年之间又出现第二次危机,2004年至今又出现了第三次危机。据统计,1997—2009年健康保健基金收入年均增长4.02%,而支出年均增长5.27%,收入增长大大低于支出增长。目前台湾各界正在积极研究健康保健基金开源节流的对策,总体思路是:以公平缴费负担为原则适当扩大

费基,以维护和提高服务品质为导向完善论质计酬的多元化支付制度,加大医疗机构服务品质和财务报告的公开披露力度,以提高行政决策效率为原则,合并全民健康保险监理委员会和费用协商委员会,收支联动,促进基金收支平衡。

二是医院经营压力日增。由于健康保健基金频频出现财务危机,台湾行政当局特别是健康保健局不断改进基金付费机制,如加大推广实行诊断相关分类的力度,将品质评价结果与支付水平挂钩等;强化对定点医疗机构的审核监管,如加大对医院违规行为的查处力度。在此背景下,医院不得着力加强内部管理,一方面加强内部质量管理和监督,另一方面控制服务成本,力求收支平衡并略有盈余。但是面临患者对优质服务的需求以及自身盈余管理的客观要求,医院在提高服务质量和增加医疗费用之间经常难以平衡,控制费用的难度很大,对健康保健付费抱怨较多。

三是公立医院管理体制僵化。台湾对包括公立医院在内的公办非营利性机构均实行人事由人事行政主管部门、财务由财务主管部门统一管理和派出,员工流动程序复杂,收支进预算,院长缺乏用人和财务收支的自主权,难以应对私立医院的竞争。近年来,在保留原有的国家公职人员的基础上采取了聘用制的方式招聘新员工,但尚在磨合期。

台湾的经验表明,以医疗保险主导的购买服务体制在具有同样文化背景的大陆是完全可行的。

三、几点启示

大陆的医改正在如火如荼地开展,并已显现出积极的效果。但是,从台湾的医疗卫生体制及其投入产出效果、经验教训来看,要从根本上缓解群众“看病难、看病贵”问题,“十二五”期间还需要从以下几个方面继续深入推进改革:

一是坚定不移地完善医疗服务筹资与提

供相分离以及购买服务的体制模式。台湾的经验表明,以医疗保险主导的购买服务体制在具有同样文化背景的大陆是完全可行的,更何况大陆本身就一直沿着这一路径深化改革。因此,我们必须坚定不移地沿着既有的改革路径走下去。一方面要继续完善多层次的医疗保障体系。将城镇职工医保、居民医保和新农合以及城乡医疗救助制度逐步整合成统一的基本医疗保障制度,按缴费能力确定不同的缴费等级,政府对缴费能力低的参保人按规定的缴费标准填平补齐,明确统一的给付范围并与缴费水平适当挂钩,但对低保对象在给付范围以内的费用全额承担。鼓励发展补充医疗保险和商业医疗保险以及慈善医疗救助事业,解决给付范围以外的医疗费用。另一方面,要通过制定优惠政策鼓励社会力量参与公立医院改组改制、直接举办私立医疗机构,形成多元化的医疗服务体系,对保留的公立医院探索引进委托管理等多种经营管理形式,形成有序竞争的医疗服务市场。

二是始终不渝地抓住支付机制改革,推动医疗机构提高质量、控制费用。台湾的经验及其面临的问题表明,医保基金的支付机制既是引导医疗机构规范服务、提高质量、控制费用的“阀门”,也是维护医保基金收支平衡的重要手段。要在把握总体筹资能力的前提下,以维护基金的长期平衡、保持必要的个人付费为原则,合理确定给付范围和给付水平,低标准起步,逐步提高,以避免透支。要针对门诊和住院分别采取不同的支付方式,促进医院在提供医疗服务时注意提高质量、控制成本。对门诊要引进按人头付费或总额预付制;对住院要以按病种付费为主,辅之必要的按项目付费。要在给付水平上对是否经过基层医疗卫生机构转诊采取高低不同的给付比例,以引导患者养成优先在基层医疗卫生机构就近就医的习惯,逐步建立基层首诊制度,同时促进医院与基层医疗卫生机构逐步建立起“门诊在基层,住院上医院”的分工协作机制。

三是积极鼓励和支持社会资本参与医疗服务市场,以多元化的服务主体促进必要的竞争。

认真贯彻落实鼓励和支持社会资本举办医疗卫生机构的一系列优惠政策，破除“玻璃门”，并在实践中进一步完善有关优惠政策。对按区域卫生规划新设立的医疗卫生机构，应优先鼓励和支持社会力量举办；鼓励和支持社会资本参与部分公立医院特别是经营不善的公立医院改组改制，鼓励社会资本与技术强、品牌好的公立医院实行强强联合建立新的医疗机构，将公立医院所占比重逐步降低到40—50%；鼓励和支持有实力的、有医疗管理背景的管理公司采取委托管理、BOT等多种管理形式参与公立医院的经营管理，提高公立医院的管理效率。

四是继续按照“内增活力”的原则加大公立医院管理体制机制改革。要按照政事分开的原则划分政府与公立医院的权利和责任边界，真正赋予医院独立的法人地位及相应的自主权（如人事、财务、收入分配、投资等）。与此同时，为了让公立医院能够按照政府的有关法律法行使独立的法人自主权，有必要全面推进法人治理结构改革，建立健全理事会（决策者）、院长（执行者）、监事会（监督者）三者相互制约、相互监督的内部治理机制，经营管理的目标在于维护公立医院的公益性，调动医务人员的积极性。要将编制标准转变为用人计划，由医院自主全面实行真正的全员聘用制，建立能上能下、能进能出的人力资源管理制度。要取消政府统一标准的工资福利制度，由医院在政府核定的工资总额之内自主决策内部的绩效工资分配形式和结构，以综合绩效考核为先导，以收入分配为杠杆切实调动医务人员提供优质服务、控制成本费用的积极性。



五是理顺医疗服务价格机制，加大政府对需方的补助力度，控制并逐步减少对供方的直接补助。与医疗服务筹资与提供相分离以及购买服务的体制模式相适应，彻底改变人为压低医疗服务价格导致其不能充分反映医疗服务成本、医务人员技术劳务价值以及医疗服务市场供求关系的状况，在充分考虑各项医疗保障基金承受能力的前提下，逐步提高医疗服务价格，并建立按年定期调整的机制，使医疗机构提供医疗服务能够通过合理的价格从医保基金获得补偿。在此基础上，彻底改变政府补助方式，政府重点补助需方，保证人人获得基本的医疗保障。政府对公立医疗机构的直接补助主要用于弥补国家规定的医疗服务价格与社会平均成本之间的差额。至于公共卫生服务补助，政府对公立医院或私立医院均采用购买服务的方式按其服务成本给予合理补偿。这一补助方式既有利于在经济补偿标准上公私一视同仁，真正形成公平竞争的局面，又有利于调动公立医院控制成本费用的积极性，并保持其正常运转。

六是按照一切以患者为中心的原则整合医疗服务和医疗保障行政管理体制。医疗服务和医疗保障的行政管理职能机构合二为一，既是台湾的经验，也是近年来世界各国医疗卫生行政管理体制改革趋势。为此，按照一切以患者为中心的原则，可以考虑将大陆的医疗服务和医疗保障的行政管理职能整合到一个统一的机构之内。同时，按照管办分离的原则分离医疗行业行政监管职能与出资人职能（既可以由某个独立的特设机构统一管理包括公立医疗卫生机构在内的事业单位资产，也可以由卫生行政部门在内部设立特设机构代行出资人职能，具体形式取决于整个事业单位国有资产管理体制的改革方向如何确定）。在医疗保障服务方面也要积极探索管办分开的具体形式，既可以考虑将异地就医结算等部分专项经办事项由医疗保障经办机构委托给商业保险公司承担，也可以将某个区域范围内的整个医疗保险经办服务工作全部委托给商业机构经办。

（作者单位：财政部社会保障司）

责任编辑 刘慧娴