



行政院衛生署

二代健保之改革

行政院衛生署

健保小組

101年11月20日



大綱

- ◆全民健保的意義
- ◆全民健保的成就與檢討
- ◆二代健保改革推動過程
- ◆二代健保修法重點與效益
- ◆結語



行政院衛生署

全民健保的意義



全民健康保險的內涵

- ◆ 建立社會安全體系中，醫療照護風險分擔之機制
- ◆ 憲法增修條文第10條：國家應推行全民健康保險
- ◆ 整合當時公、勞、農保等13種保險之醫療給付，並擴大保險對象為全體國民
- ◆ 以強制性社會保險，提供疾病、傷害、生育事故之醫療給付

~~Health for All~~



全民健保的社會保險特性

◆公平性

保障社會每個成員不論貧富都可
一律平等獲得所需的醫療服務

◆社會連帶責任

以社會集體力量分擔一個人承擔的風險

◆量能付費

經濟能力高者負擔高
經濟能力低者負擔低





全民健康保險特色

納保	強制保險
管理	單一保險人、政府經營
財源	<ul style="list-style-type: none">●以薪資計算保險費●被保險人、雇主、政府共同負擔●菸品捐等補充收入
給付	<ul style="list-style-type: none">●就醫給付範圍全民相同●就醫需自付部分負擔
醫療提供者	<ul style="list-style-type: none">●健保特約醫療院所●特約率占全國所有醫療院所的92%
支付制度	<ul style="list-style-type: none">●在牙醫、中醫、西醫基層、醫院各總額下以「論量計酬」為主，搭配多元支付制度



行政院衛生署

全民健保的成就與檢討



全民健保之主要成就

全民納保

公平就醫

國際評價佳

醫療費用低

民眾滿意高

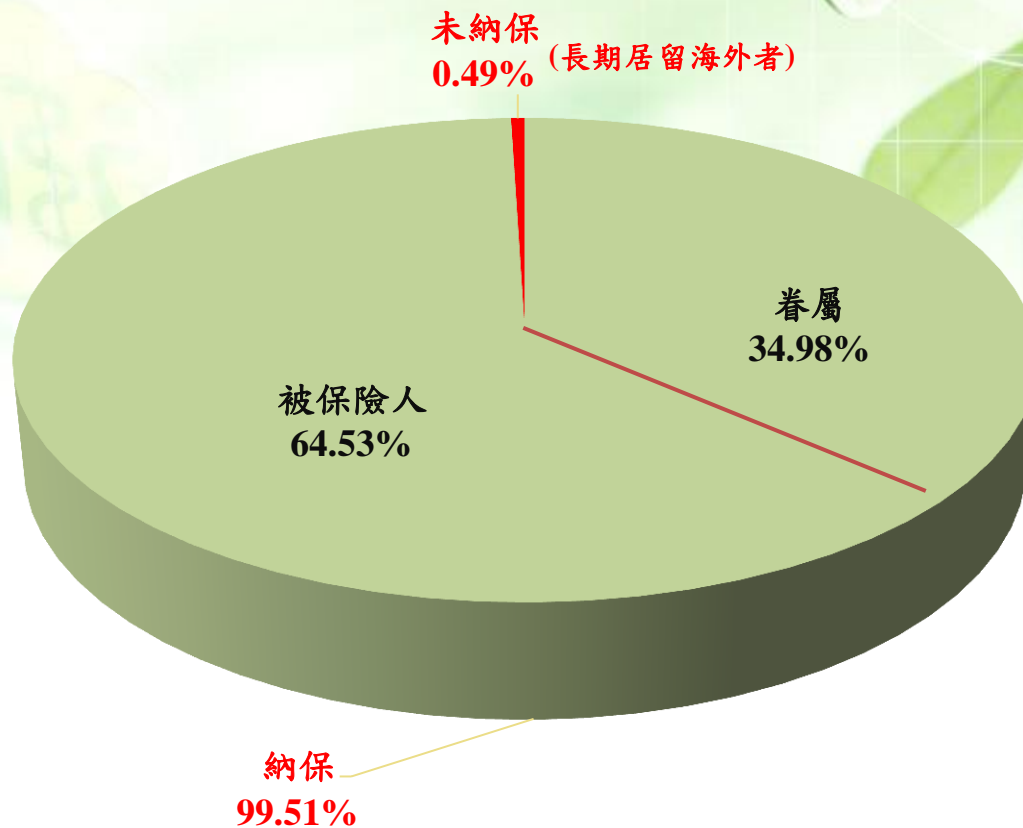
適切的品質



行政院衛生署

99.5%人口已經納入保險

涵蓋2319萬人口(99.51%), 2011



註：合法居留的外籍人士可以加保





保險給付範圍廣泛

給付範圍

疾病

傷害

生育事故

給付項目

醫療服務：

門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性病復健

治療照護：

診療、檢查、檢驗、會診、手術、藥劑、材料、處置治療、護理及保險病房



實施健保前後10年比較

以最經濟的費用創造全民的福祉

開辦之前10年

標準化死亡率減少12%

平均零歲餘命增加
(男1.0/女1.9)歲

國民醫療保健支出
增加280%

開辦之後10年

標準化死亡率減少18%

平均零歲餘命增加
(男1.9/女2.1)歲

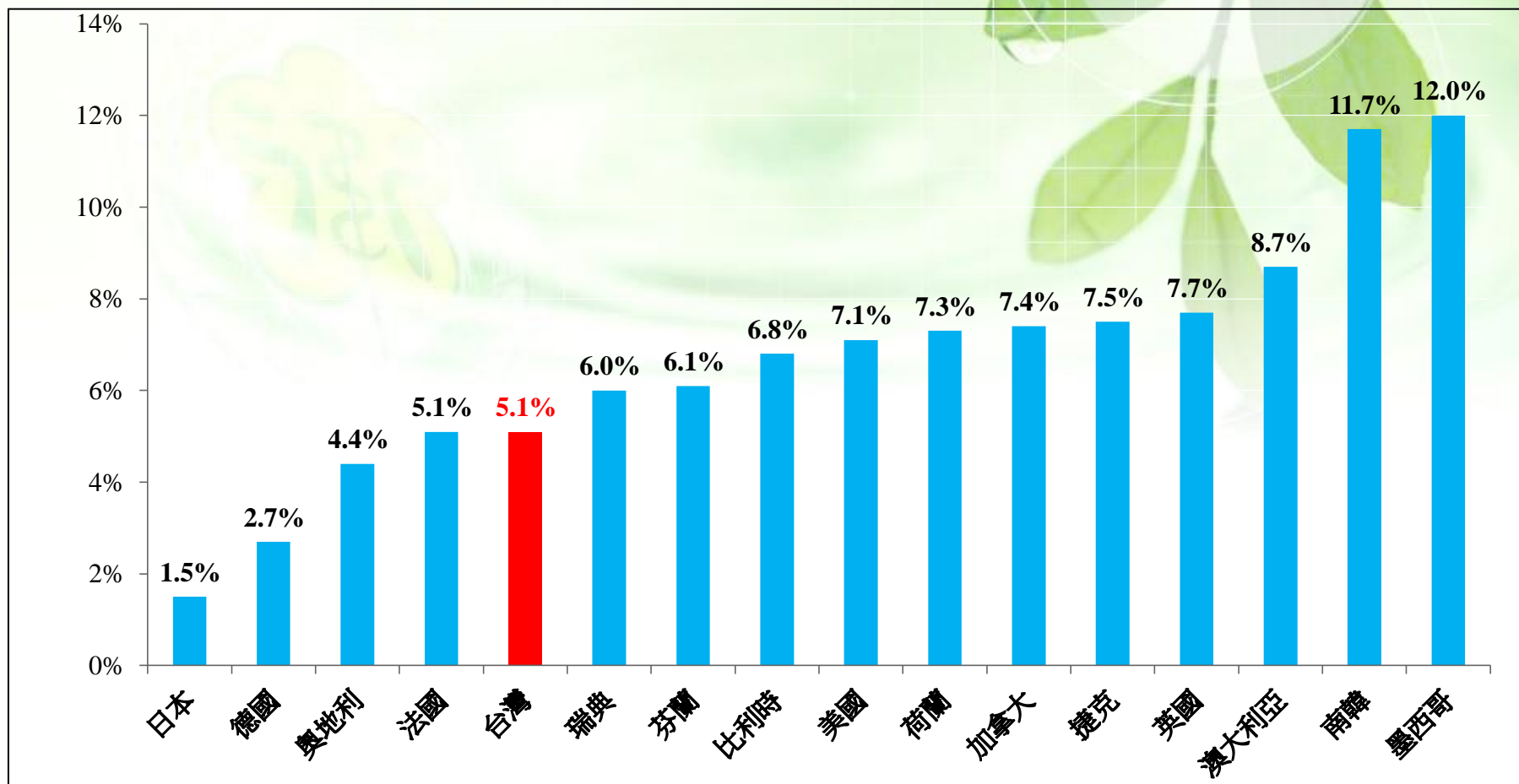
國民醫療保健支出
增加71%

註：標準化死亡率，指依性別、年齡別等校正後之死亡率
平均零歲餘命，指零歲以後平均尚期待生存之年數



醫療費用低

醫療支出年平均成長率（1999-2008）



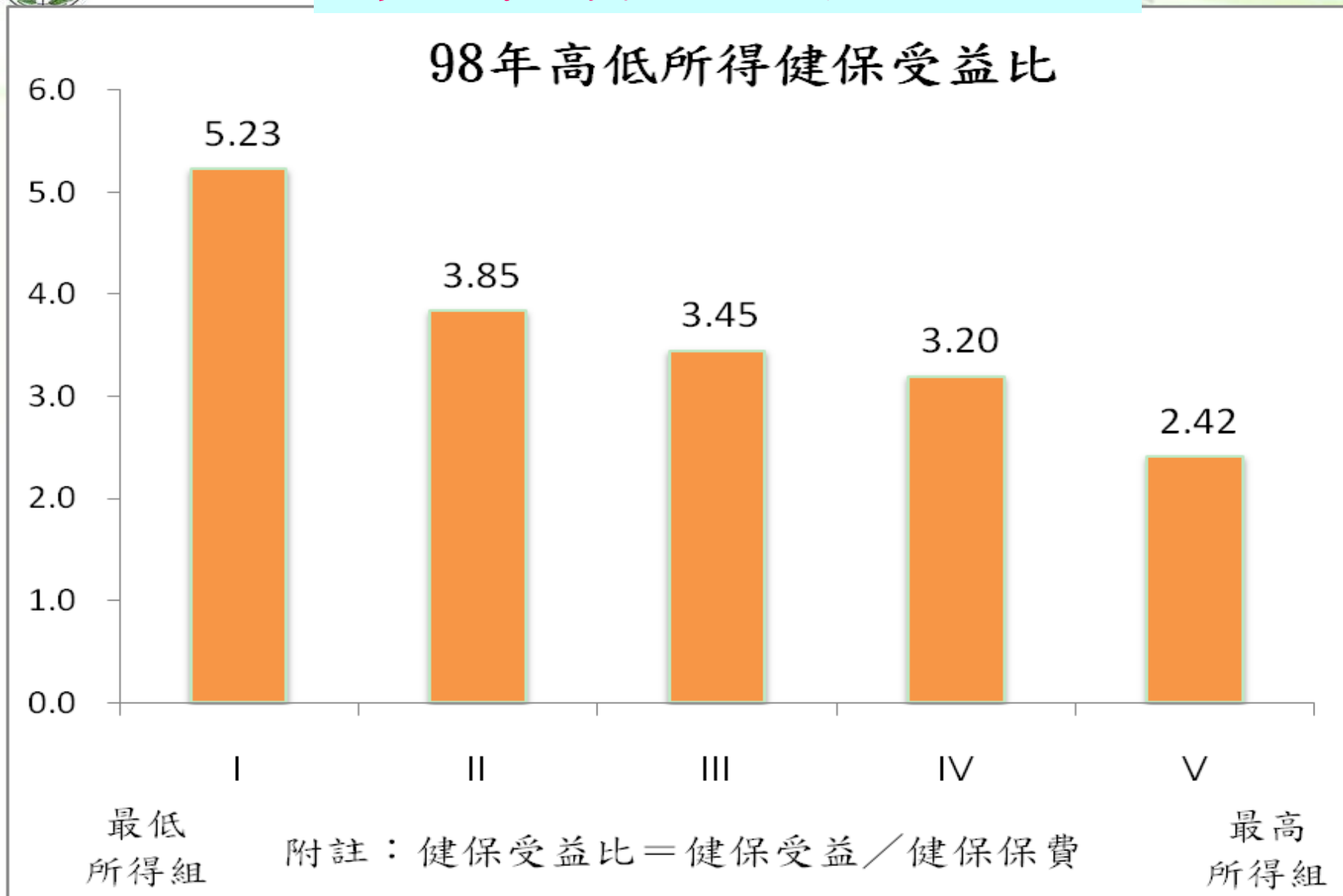
資料來源:OECD Health Data 2010年，行政院衛生署統計室

註:日本(1998年-2007年)， 澳大利亞(1998年-2007年)



每人健保受益支出比

98年高低所得健保受益比



可支配所得按戶數五分位組



健保醫療資源利用情形

重大傷病人口占3.5%，使用醫療費用 27.3%。

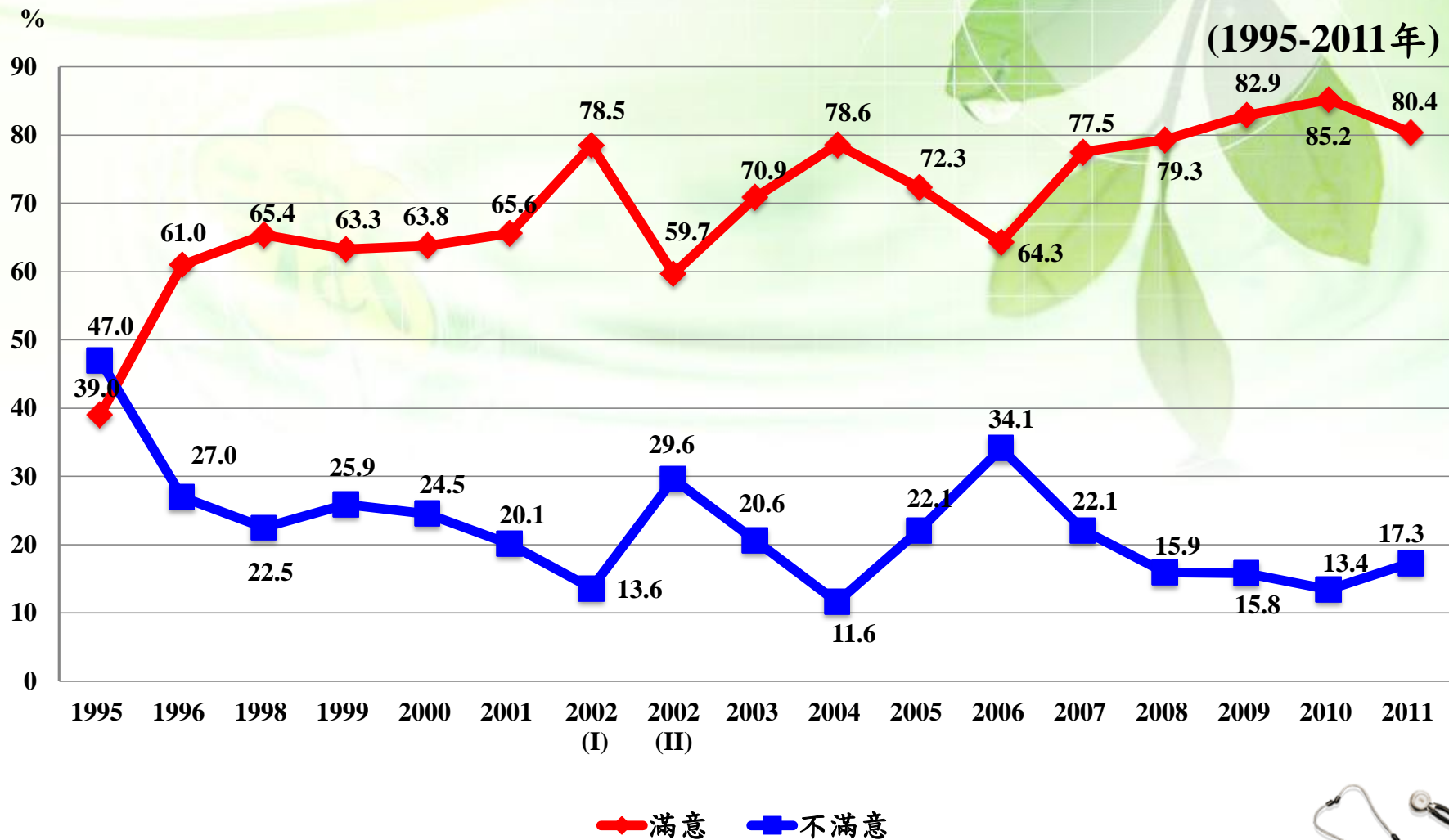
單位：點

類別	醫療費用	平均值倍數
全國每人平均	22,838	1.0
每一癌症患者	136,578	6.0
每一洗腎患者	601,109	26.3
每一呼吸器患者	714,662	31.3
每一慢性精神病患者	811,033	35.5
每一血友病患者	2,729,029	119.5

資料日期：99年



全民健保滿意度





國際評論

2012



2011 National Geographic



PBS

2008年美國公共電視網將台灣的健保與其他先進國家併列為值得參考的典範！

<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/>



The New York Times

OP-ED COLUMNIST

Pride, Prejudice, Insurance

By PAUL KRUGMAN

Published: November 7, 2005

Taiwan has more people and a much bigger economy than Chile, and its experience is a lot more relevant to American's real problems

2005年諾貝爾得主保羅克魯曼：台灣的健保經驗適合作為解決美國健保問題的借鏡！



2000年英國經濟學人雜誌（The Economist）：台灣在健康指標、醫療保健支出、醫療資源及醫療品質等方面之成就，全球排名第二，僅次於瑞典。



一代健保所面臨的問題

財務危機

- ❖ 健保收支缺乏連動
- ❖ 保險費基侷限薪資
- ❖ 保費負擔欠公平性
- ❖ 支出控制仍待努力

醫療品質待提升

- ❖ 醫療品質要求更高
- ❖ 重要資訊不夠公開
- ❖ 醫療科技評估待建

社會參與不足

- ❖ 民眾參與需求漸高

欠缺合理醫療資源分配機制

- ❖ 資源有限需要無窮



行政院衛生署

二代健保改革推動過程



緣起

- ◆ 民國89年8月，鑑於健保永續之重要性，衛生署委託國家衛生研究院，成立全民健康保險體檢小組；90年2月提出體檢報告，屬短期措施者均採行或納入修法，屬中長期規劃者，建議續行研議。
- ◆ 嗣後，即以「二代健保」為名，展開全面宏觀性之改革規劃；90年7月1日成立行政院二代健保規劃小組，公衛、公共政策、社會、法律、醫療、統計等各領域百餘位學者共同參與。



修法案之研修過程^{1/2}

- ◆ 93年9月行政院二代健保規劃小組提出總結報告，衛生署即以二代健保「公平」、「品質」、「效率」為核心價值，研提全民健康保險法修正草案，於94年9月研議完竣，陳報行政院審查，嗣於95年5月3日首次送請立法院審議。



修法案之研修過程^{2/2}

- ◆ 考量近年來社會情勢變遷，相關法令亦有更迭，衛生署重新檢討後，再次研提二代健保改革之健保法修正草案，於**99年4月1日**陳報行政院審查，**99年4月8日**函請立法院審議。
- ◆ 全民健康保險法修正草案於**100年1月4日**經立法院三讀通過，並於**100年1月26日**以總統令公布。



二代健保改革之核心價值





行政院衛生署

二代健保修法重點與效益



節制資源使用^{1/5}

- ◆ 對詐領保險給付及醫療費用者，加重處罰 (§81、83)
 - 將現行依詐領金額處以二倍罰鍰之額度，提高為二至二十倍。
 - 得視違規情節輕重，對違規特約院所，於一定期間不予特約或永不特約。



節制資源使用^{2/5}

- ◆ 對保險對象不當使用醫療資源，進行輔導 (§2、40、53)
 - 針對保險對象有重複、多次就醫，過度使用醫療資源之情形，進行就醫行為瞭解、適當醫療衛教、就醫安排及協助。
 - 不當重複就醫等不當使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫，不予給付。



節制資源使用^{3/5}

◆調整藥品價格(§46、62)

- 逾專利期之藥品，五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。
- 由主管機關訂定依市場交易情形調整藥品價格之作業程序及有關調整價格事項之辦法。
- 依超出藥品費用目標之額度，修正調整次一年之藥品價格。



節制資源使用^{4/5}

- ◆ 訂定藥品費用目標(§62)
 - 每年設定藥品費用目標，超出之額度由醫療給付費用中扣除。
- ◆ 健保局應每年提出並執行抑制不當耗用醫療資源之改善方案(§72)



提升政府對全民健保之財務責任^{1/2}

- ◆ 負擔保險經費比率至少為**36%**(§2、3)
 - 現行政府負擔保險經費之比率約為**33-34%**，依據初步推估，政府於二代健保實施之第一年，將增加百億元之經費挹注，以後並將隨保險醫療支出之成長而增加。



提升政府對全民健保之財務責任^{2/2}

- ◆ 二代健保實施前所累計之財務短絀，由政府分年編列預算填補(§102)
 - 惟自101年2月起，健保財務已無短絀之情形。



建立保險財務收支連動機制^{1/2}

- ◆ 二會合一為全民健康保險會(§5)
 - 將職掌側重收入面監理之全民健保監理委員會及負責支出面協定分配之全民健保醫療費用協定委員會合一整併。
 - 統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用總額協定等重大財務事項之審議；有減少保險收入或增加保險支出之情形時，應同時審議資源配置及財務平衡方案。



建立保險財務收支連動機制^{2/2}

- ◆ 每年依照協議訂定之醫療給付費用總額完成年度保險收支平衡費率之審議(§24)
- ◆ 安全準備低於一個月之保險給付總額，擬訂調整保險給付範圍方案(§26)



擴大費基、強化量能負擔精神^{1/3}

- ◆ 健保法審議過程中，各界對採家戶總所得計收保險費之方式無共識
 - 多數認為架構於綜合所得稅之基礎，可能發生扣繳及結算程序繁複、行政成本龐大、結算時點延宕、家戶狀況變動頻繁、財源較不穩定等情形
- ◆ 修法維持擴大費基、量能負擔之二代健保改革方向，但優先考量施行之可行性



擴大費基、強化量能負擔精神^{2/3}

◆ 針對特定項目扣取補充保險費(§31、33、34)

- 針對超過四個月投保金額之獎金、股利所得、執行業務收入、租金收入、利息所得、自非投保單位領取之薪資所得等特定項目，計算保險對象之補充保險費。
- 按雇主（投保單位）每月支出之薪資總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，計收雇主之補充保險費。
- 增收補充保險費，可適度調降現有保險費之費率，減輕一般大眾之負擔，預估二代健保實施後，費率若可適度調降，多數民眾的保險費負擔將因而減輕或不受影響。



擴大費基、強化量能負擔精神^{3/3}

二代健保保險費計算方式

一般保險費

- ◆ 維持現制分類目之保險費計收方式。
- ◆ 費率目前為5.17%，二代健保首年費率由行政院核定 (上限維持6%)。



補充保險費

- ◆ 保險費 = 費基(股利所得等特定項目) × 補充保險費率
- ◆ 實施第1年之法定費率為2% (上限不超過2.45%)，逐年隨保險費率之成長率調整。



保險費負擔-僱主

$$\text{二代保費} = \text{一般保費} + \text{補充保費}$$

一般保費

◆ 投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1 + 平均眷口數)

補充保費

◆ (僱主支付薪資總額 - 受僱員工投保金額總額) × 補充保費之費率 (2%)



保險費負擔-保險對象^{1/2}

$$\text{二代保費} = \text{一般保費} + \text{補充保費}$$

一般保費

- ◆ 投保金額×費率×負擔比率×(1+依附眷屬人數)
- ◆ 計費眷屬人數最多3口

補充保費

- ◆ 補充保險費費基×補充保險費之費率(2%)
- ◆ 被保險人及眷屬各自依其其他所得計算補充保險費



保險費負擔-保險對象^{2/2}

◆ 補充保險費收取方式

- 保險對象：由扣費義務人於單次給付時扣取(就源扣繳)。
- 雇主：自行計算後按月繳納。

◆ 扣取保險對象補充保險費之例外情形

- 單次給付超過一千萬元之部分及未達5千元。
- 第五類保險對象（低收入戶成員）之各項所得。
- 第二類被保險人之薪資所得。
- 以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入。
- 已列入投保金額計算保險費部分之股利所得。
- 非由扣費義務人給付之各項特定項目所得。



補充保費對弱勢有何特別規定？

- ◆ 新修正之健保法，為避免增加低收入戶之負擔，明定低收入戶成員，無須負擔補充保險費。
- ◆ 對於經濟弱勢者或特殊族群之兼職所得，為避免增加其負擔，另外定有特別規定，單次給付未達基本工資者，免予扣費。



弱勢族群兼職所得

- ◆ 符合下列條件，其兼職所得未達基本工資者，免予扣取補充保險費：
 - ✓ 兒童及少年
 - ✓ 中低收入戶
 - ✓ 中低收入老人
 - ✓ 領取身心障礙者生活補助費或勞工保險投保薪資未達基本工資之身心障礙者
 - ✓ 在國內就學且無專職工作之專科學校或大學學士班學生
 - ✓ 符合健保法第100條所定之經濟困難者



納入多元計酬之支付方式 為民眾購買健康^{1/2}

- ◆ 論量、論人、論日、論品質等多元計酬方式，買醫療服務，也要買民眾健康(§42)
 - 以同病、同品質同酬為支付原則。
 - 強調論質計酬，導正不當醫療行為。
 - 給付項目與支付標準之訂定及修正，應以確可促進人體健康之項目為考量，且不違反醫療倫理。



納入多元計酬之支付方式 為民眾購買健康^{2/2}

- ◆ 得以論人計酬之支付方式，實施家庭責任醫師制度(§44)
 - 以促進預防醫學、落實轉診制度、提升醫療品質與醫病關係為目的。



辦理醫療科技評估

一代健保

□ 未於健保法中明定醫療科技評估。

二代健保

- ◆ 增訂醫療服務及藥物給付項目及支付標準訂定前，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及健保財務，以確保醫療給付之合理性及醫療服務品質。

(§42II)

人體健康
醫療倫理

醫療成本效益
保險財務



重要資訊公開透明，擴大民眾參與^{1/2}

- ◆ 應公開之資訊項目 (§5、41、61、67、73、74、81)
 - 全民健保重要事務之會議資訊及參與代表之利益揭露：七日前公開議程、會後十日內公開實錄。
 - 醫療品質資訊。
 - 特約醫事服務機構領取醫療費用超過一定數額，每年公布其財務報告。
 - 每月公布各院保險病房設置比率及每日公布各特約醫院之保險病床使用情形。
 - 詐領醫療費用情節重大之保險醫事服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。



重要資訊公開透明，擴大民眾參與^{2/2}

- ◆ 擴大民眾參與健保重要事務之討論(§5、41、45)
 - 有關保險費率、保險給付範圍、年度醫療給付費用總額、醫療服務與藥物給付項目及支付標準、總額支付制度之推動、實施差額負擔之特殊材料項目等重要事項之研議，均有保險付費者代表參與。
 - 全民健康保險會於審議或協議重要事項前，應先辦理公民參與活動，蒐集民意。



保障弱勢群體權益， 減輕就醫部分負擔^{1/3}

- ◆ 僅針對有經濟能力但拒不繳納保險費者，始予暫停給付(§37、98)
 - 經濟困難者、遭受家庭暴力於受保護期間者，均不予暫停給付（控卡）。
 - 暫停給付前須經查證及輔導程序，確認經濟能力。



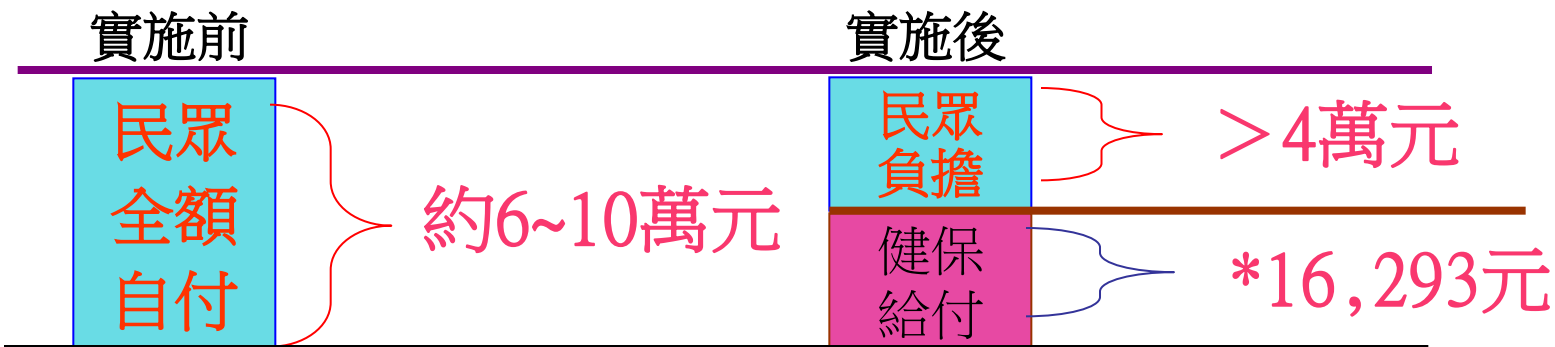
保障弱勢群體權益， 減輕就醫部分負擔^{2/3}

- ◆ 減輕就醫應自行負擔之部分醫療費用(§43)
 - 於醫療資源缺乏地區就醫得予減免。
 - 接受居家照護服務之部分負擔費用由現行**10%**調降為**5%**。



實施差額負擔，增加就醫選擇

- ◆ 實施差額負擔，選用未納入完全給付之特殊材料，無須全額自付(\$45)
 - 相較已納入全額給付但具稍佳功能，且價格較昂貴之特材，健保為考量給付公平及增加就醫選擇，民眾僅需負擔差額，即可選用此類特材。
 - 差額負擔之品項及其實施之時間，由全民健保會討論，衛生署核定後公告實施。



*以未塗藥支架為給付上限。



從嚴規定久居海外或新住民 參加全民健保之條件^{1/2}

- ◆ 適度限縮返國立即參加健保之條件（§8）
 - 將現行「曾有」加保紀錄返國可立即加保之規定，修改為須「二年內曾有」加保紀錄。
 - 適度保障留學生及海外工作者之就醫權益，同時解決久居國外者，「平時不繳費，有病回國醫」之現象。



從嚴規定久居海外或新住民 參加全民健保之條件^{2/2}

- ◆ 延長參加健保之合格期為六個月 (§8、9)
 - 對於首次返國設籍或重新設籍者，以及持有居留證件來台居留者，除二年內曾有加保紀錄之設籍國人、受雇者、政府駐外人員及其眷屬以外，均須俟設籍或居住滿六個月後，始得參加全民健保。



保障受刑人基本健康人權

- ◆受刑人納入全民健保(§10、15、27、40)
 - 增訂受刑人為第四類第三目之被保險人，並以法務部及國防部指定之單位為投保單位。
 - 法務部（中央矯正主管機關）及國防部全額補助受刑人之保險費。
 - 受刑人就醫時間與地點之限制、戒護及轉診等醫療提供之管理辦法，由衛生署會同法務部定之。



二代健保之實施日期

- ◆ 法律授權由行政院決定(§104)
- ◆ 行政院已於101年10月9日發布二代健保自102年1月1日實施
- ◆ 健保局將於實施前積極展開各項宣導及輔導作業



結語



二代健保 全民更好

- ◆ 費率調降、多數民眾都少繳
- ◆ 擴大費基、費率五年可不調
- ◆ 共盡義務、政府責任不會少
- ◆ 善用資源、醫療利用會更好
- ◆ 資訊透明、重要事務皆知曉
- ◆ 保障弱勢、以後就醫免煩惱
- ◆ 海外來台、從此不再立即保