

綜觀台灣全民健保

台灣健康保險學會理事長

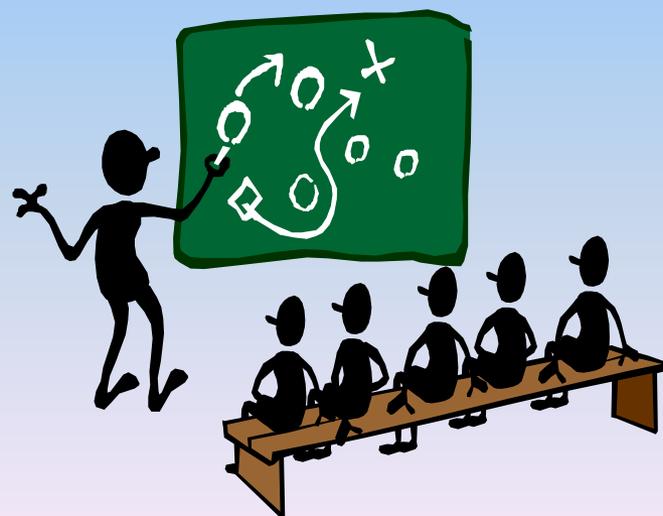
亞洲大學健康產業管理系教授

劉見祥 2012.12.22

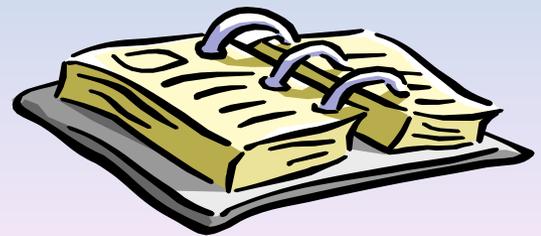


大綱

- 前言
- 全民健保的實施
- 全民健保的成就
- 全民健保的改革
- 結語



前言



台灣健保之基本精神

人人有保

就醫公平

全民健保的實施



台灣健保的特性

公平

- 強制性社會保險
- 全民納保
- 以薪資為基礎的
量能付費

效率

- 單一保險人制度

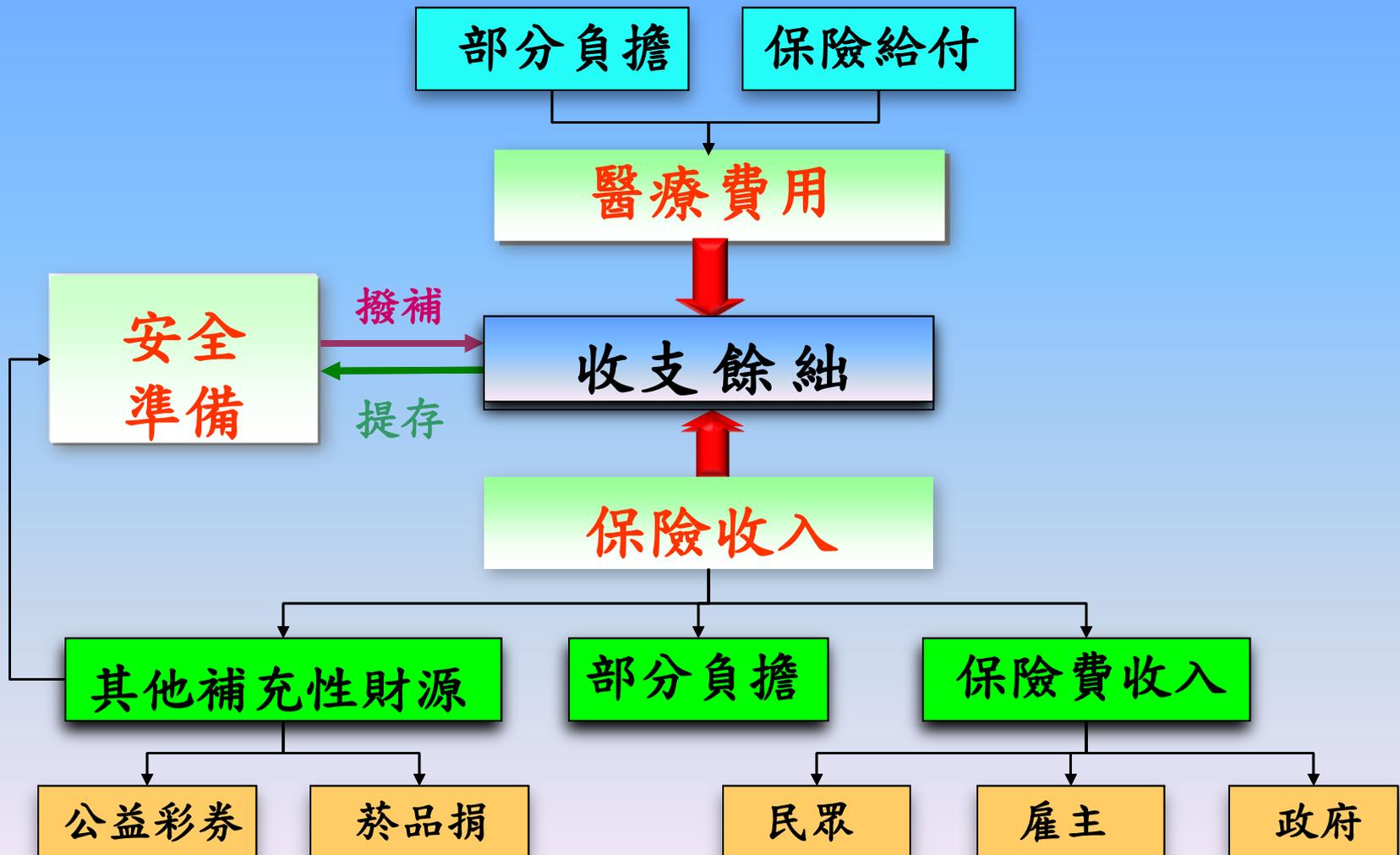
成本

- 可負擔的支出
- 總額預算
- 部分負擔

社會可接受度

- 就醫方便
- 可接受的品質
- 公眾參與

健保財務結構

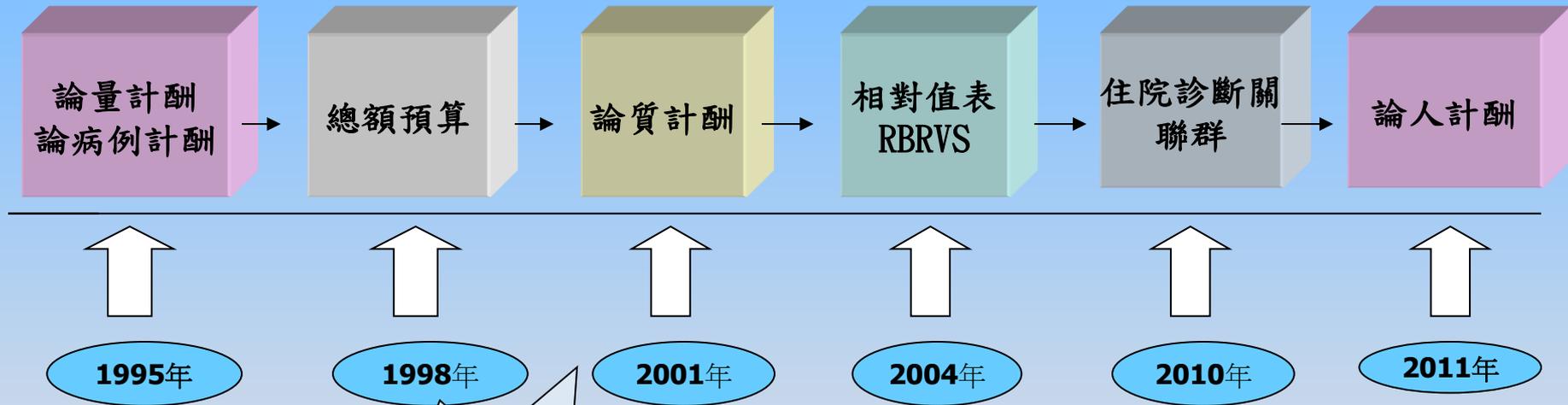


健保各類保險對象及保費負擔比率

保險費率：5.17%

保險對象類別		負擔比率 (%)			
		被保險人	投保單位	政府	
第一類	公務人員、志願役軍人、公職人員	本人及眷屬	30	70	0
	私立學校教職員		30	35	35
	公民營事業、機構等有一定雇主的受雇者		30	60	10
	雇主、自營業主、專門職業及技術人員自行執業者		100	0	0
第二類	職業工會會員、外僱船員		60	0	40
第三類	農民、漁民、水利會會員	30	0	70	
第四類	義務役軍人、替代役役男、軍校軍費生、在恤遺眷	本人	0	0	100
第五類	低收入戶	家戶成員	0	0	100
第六類	榮民、榮民遺眷家戶代表	本人	0	0	100
		眷屬	30	0	70
	其他地區人口	本人及眷屬	60	0	40

多元計酬之健保支付制度



各總額實施期程：

- 1998年：牙醫門診
- 2000年：中醫門診
- 2001年：西醫基層
- 2002年：醫院



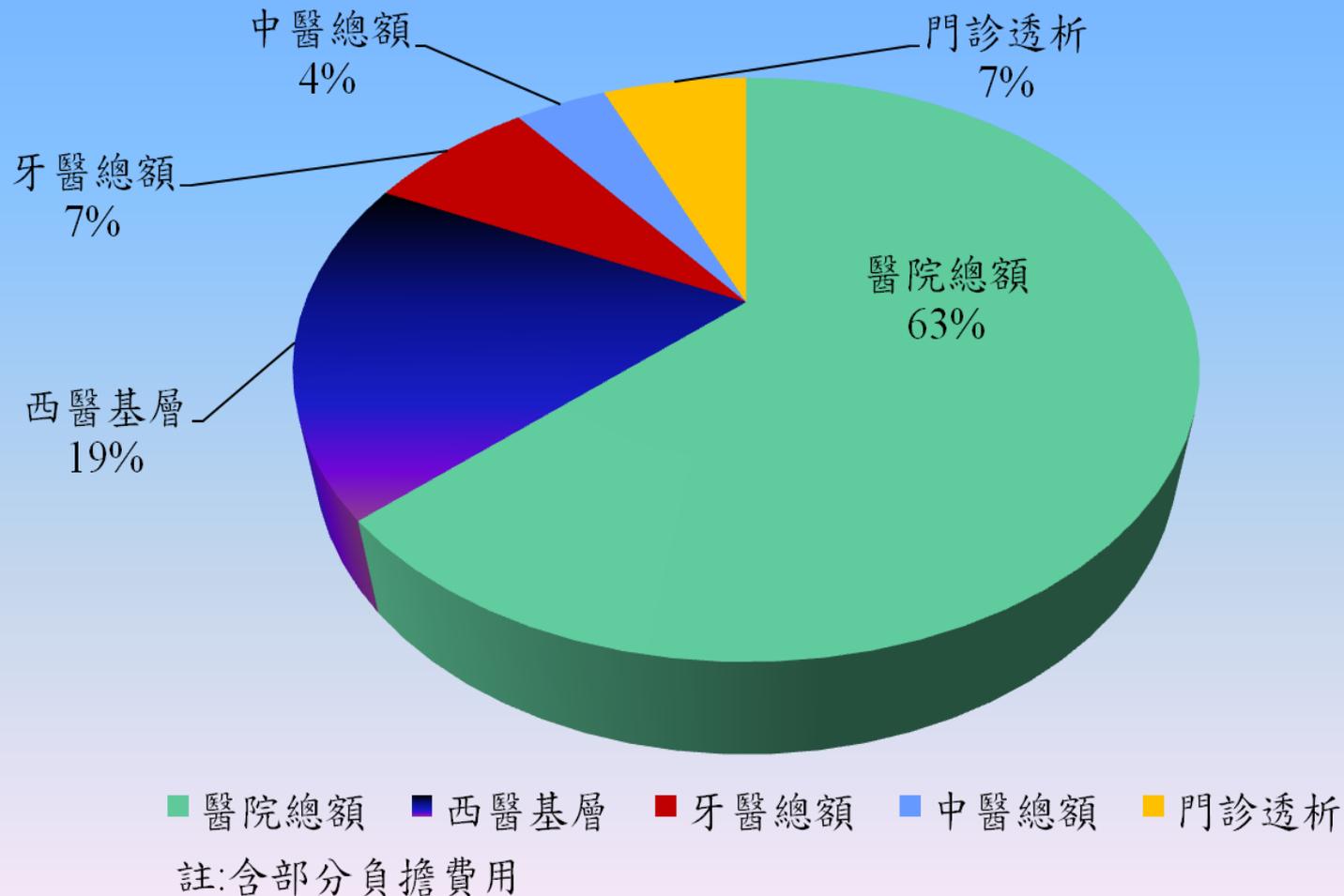
總額支付制度

- ❖ 付費者和醫療服務提供者就特定範圍的醫療服務（例如：西醫、中醫、牙醫..等），預先以協商方式，訂定一定時間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出，藉以控制醫療費用於預算範圍內之制度。

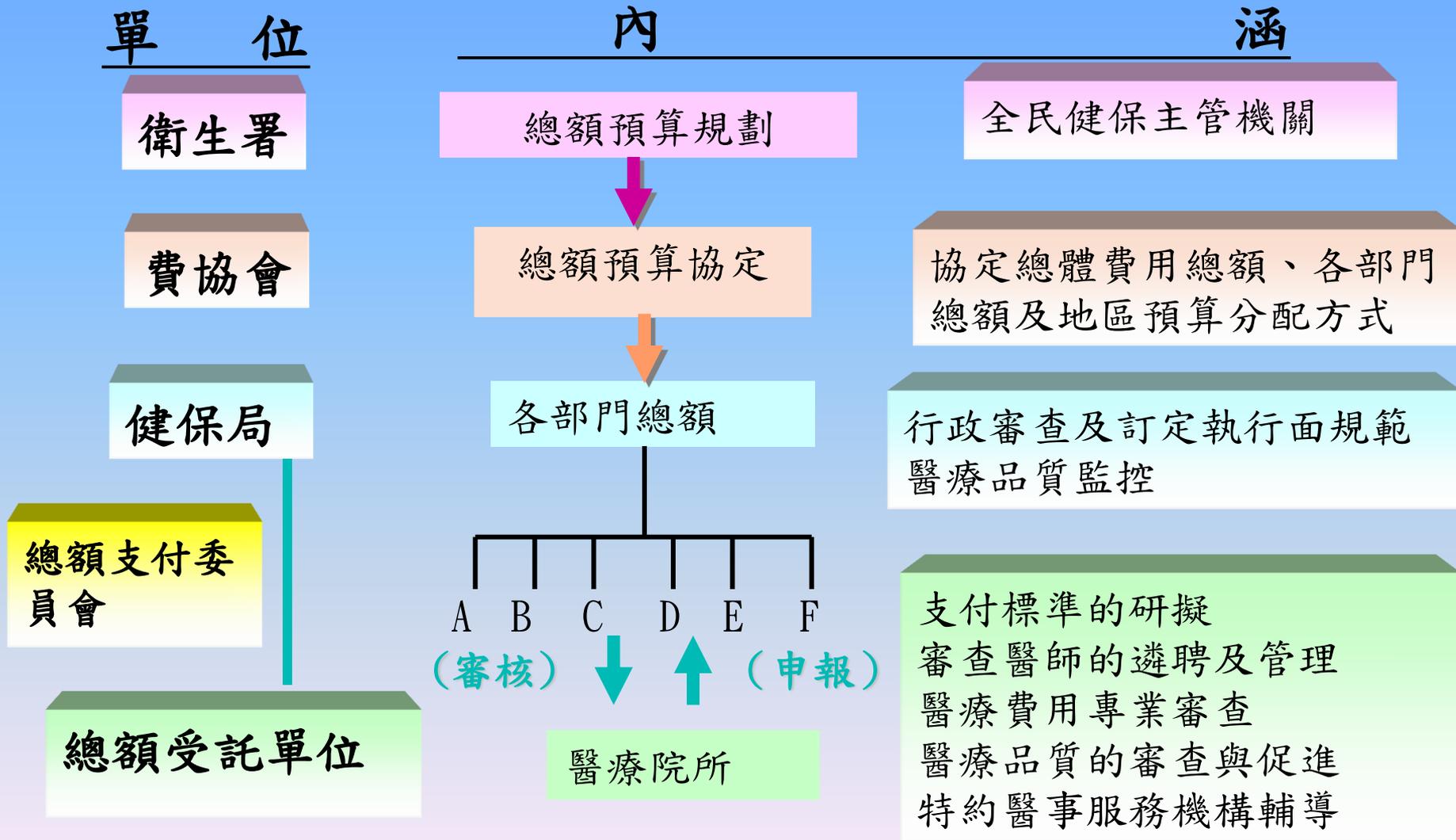


健保支出結構

按總額部門分 (以2010年為例)

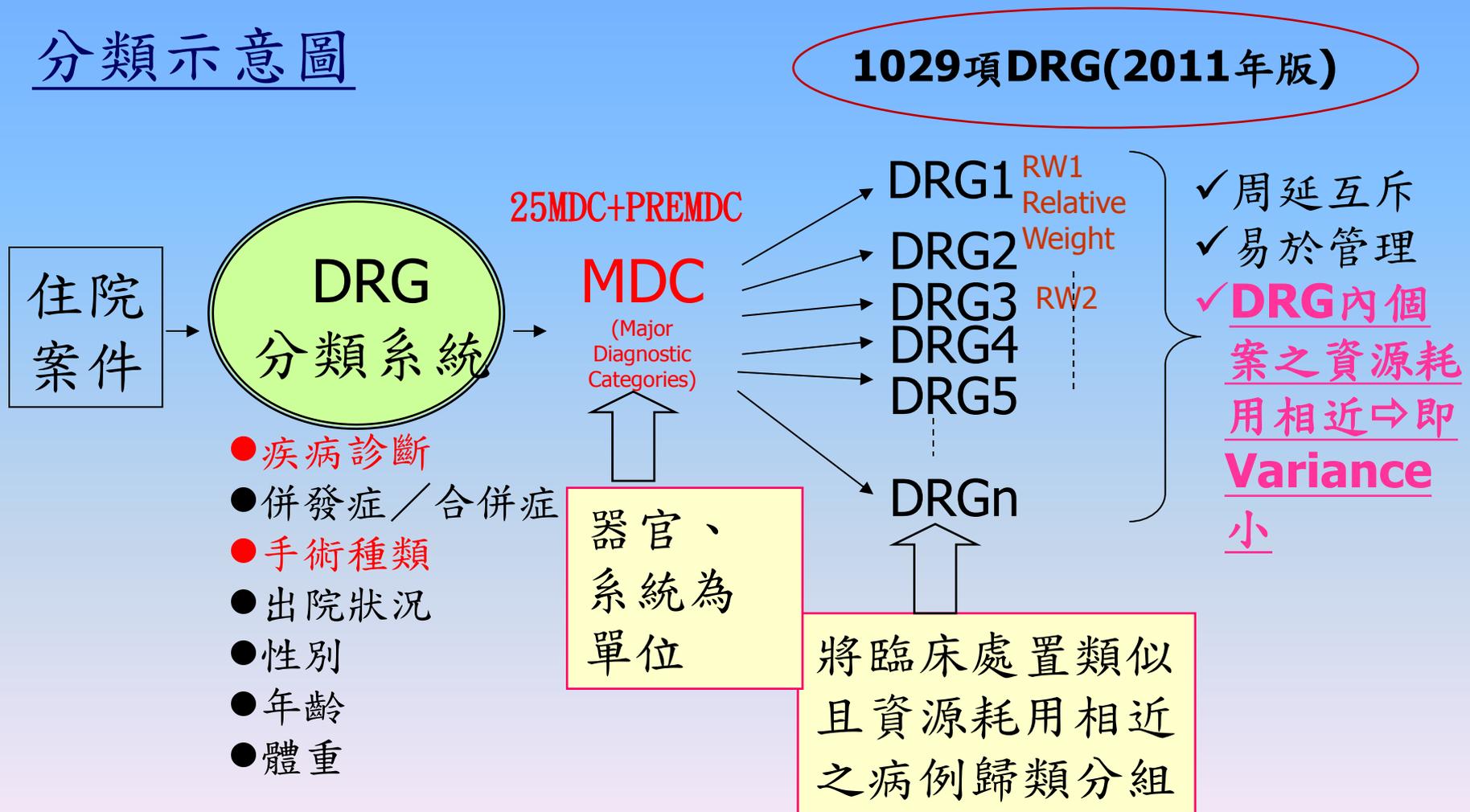


總額支付制度執行架構



住院診斷關聯群 (DRGs)

分類示意圖



住院DRG導入時程

時程 (暫定)	DRG項目或MDC	累計導入之%	占全部住院 點數之%
第1年 (2010年)	2009年12月17日公告實施155項DRG (2011年再戲細分為164項DRG)	28.60%	17.36%
第2年 (2011年)	MDC 5、8、12、13、14 (循環、骨骼肌肉、妊娠生產、男性 及女性生殖)	46.60%	10.97%
第3年	MDC 2、3、6、7、9、10 (眼、耳鼻喉、消化、肝膽胰臟、骨 骼肌肉、內分泌)	60.90%	10.26%
第4年	MDC PRE、4、11、17、23、24 (呼吸 系統、腎尿道、骨髓、影響健康狀態 、多重外傷)	82.30%	12.97%
第5年	MDC 1、15、16、18、21、22(神經、 新生兒、血液、傳染疾病寄生蟲病、 損傷中毒、燒傷)	100.00%	9.16%
合計	1,029項DRG	100.00%	60.72%



全民健保的成就



全民納保

財務負擔
公平

國際評價佳

醫療費用低

民眾滿意高

適切的品質

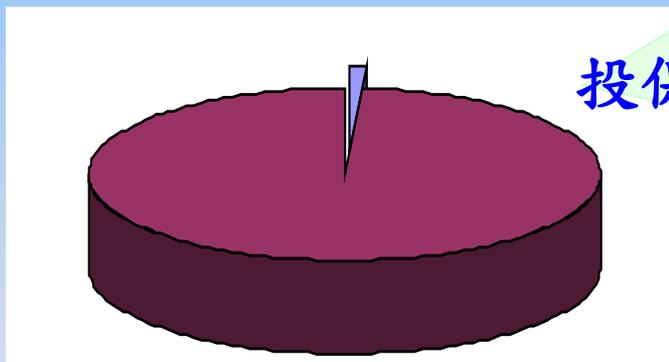


納保人口達99%

截至2011年4月底，納保人數為2,305.33萬人

未投保1%

投保99%



不分士農工商、老幼婦孺，人人有保

就醫可近性高

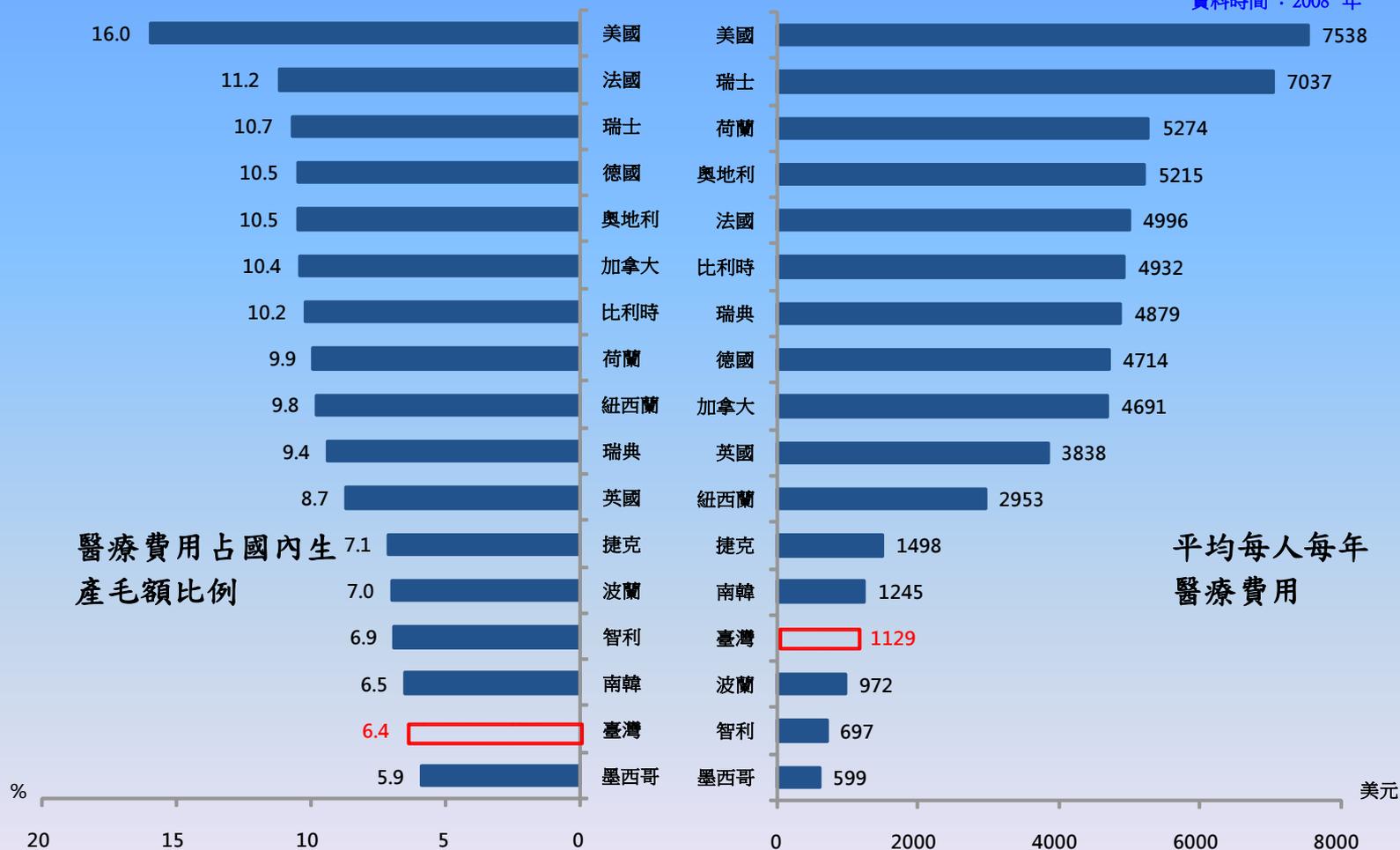
- 醫療院所特約率:92.13%
- 每萬人口醫師數:24.01人
- 每萬人口病床數:63.11床



資料來源：2010年健保局統計資料

醫療費用低

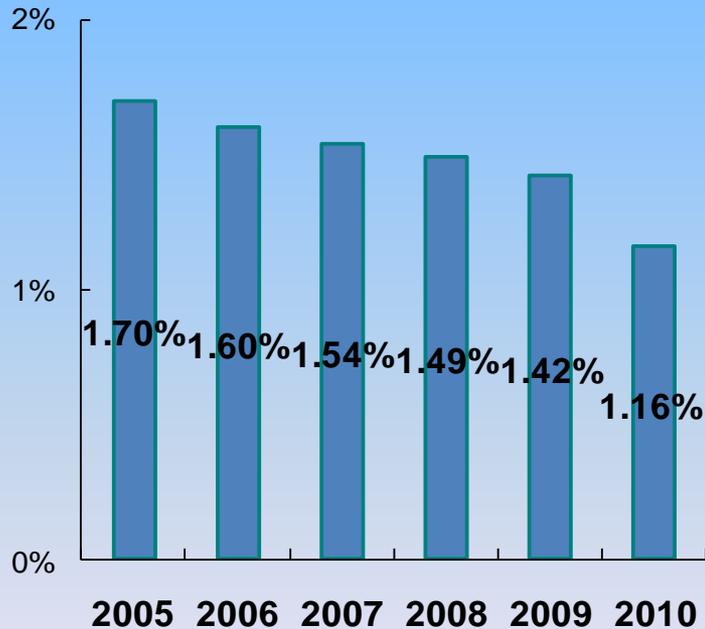
資料時間：2008 年



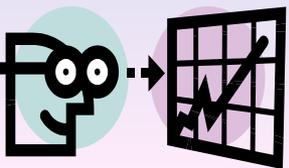
行政成本低、效率高

➤ 行政成本低-

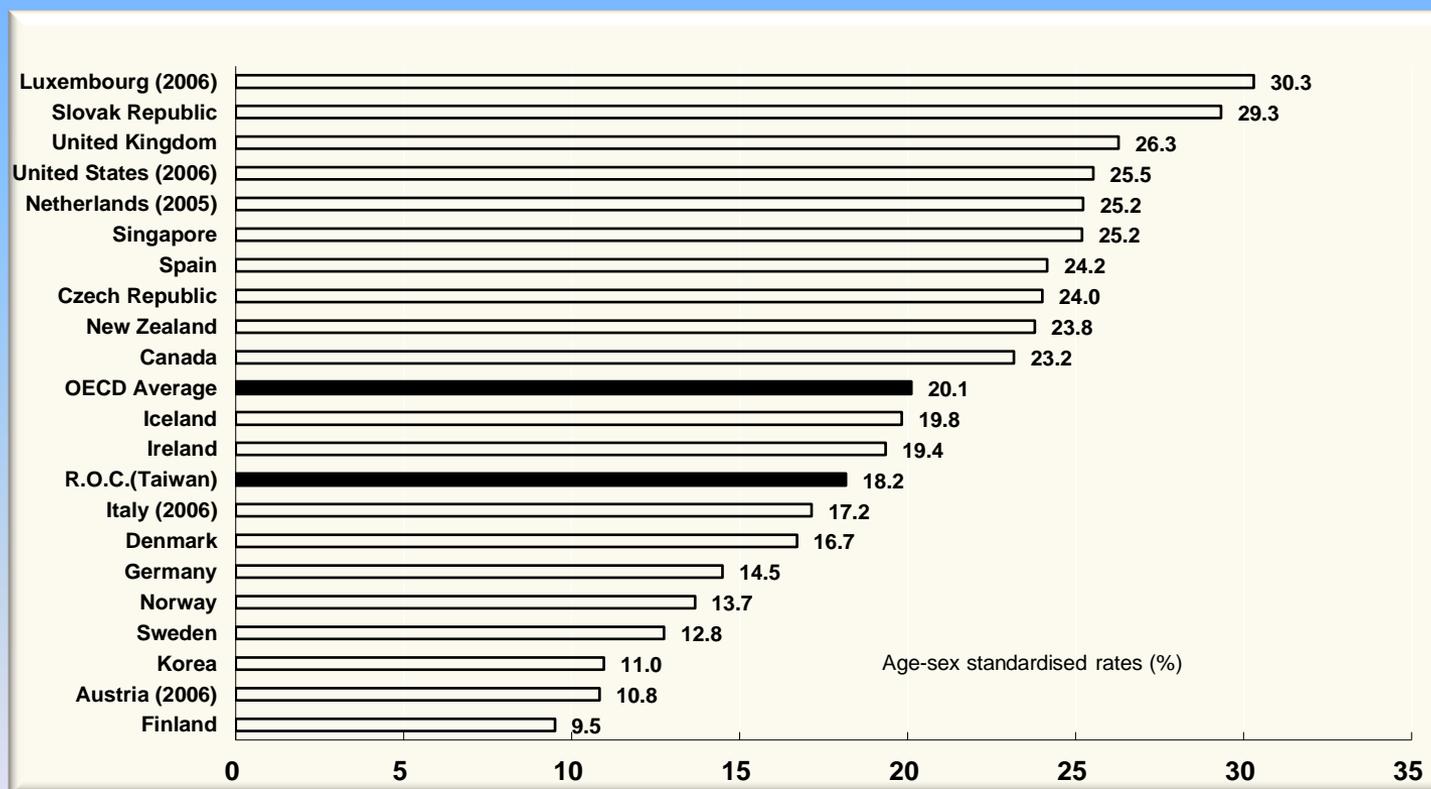
為健保支出之1.16%



➤ 國際比較效率高 (2005年)

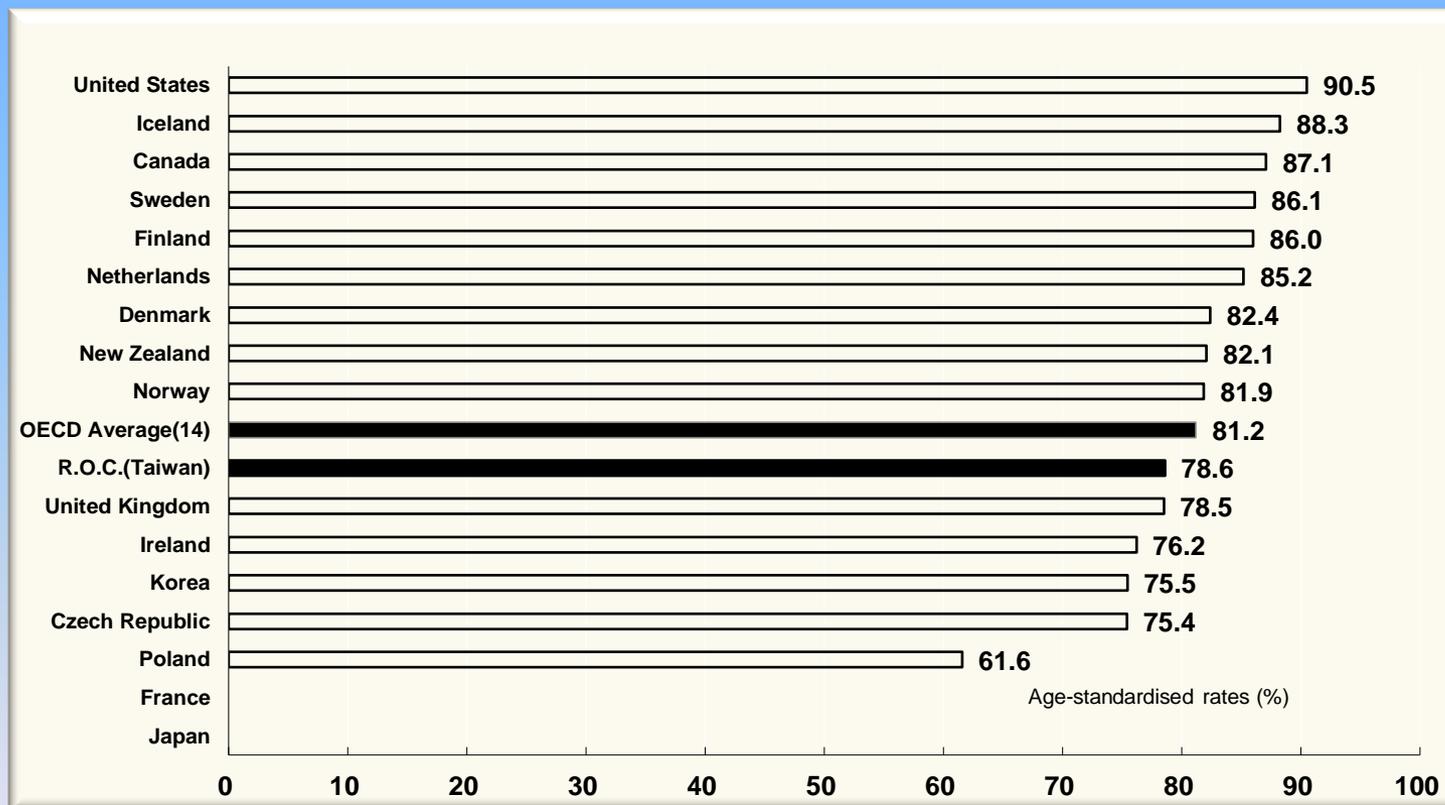


住院歸戶之主診斷為出血性腦中風之住院病人入院後30日內之院內(同一醫院)死亡率



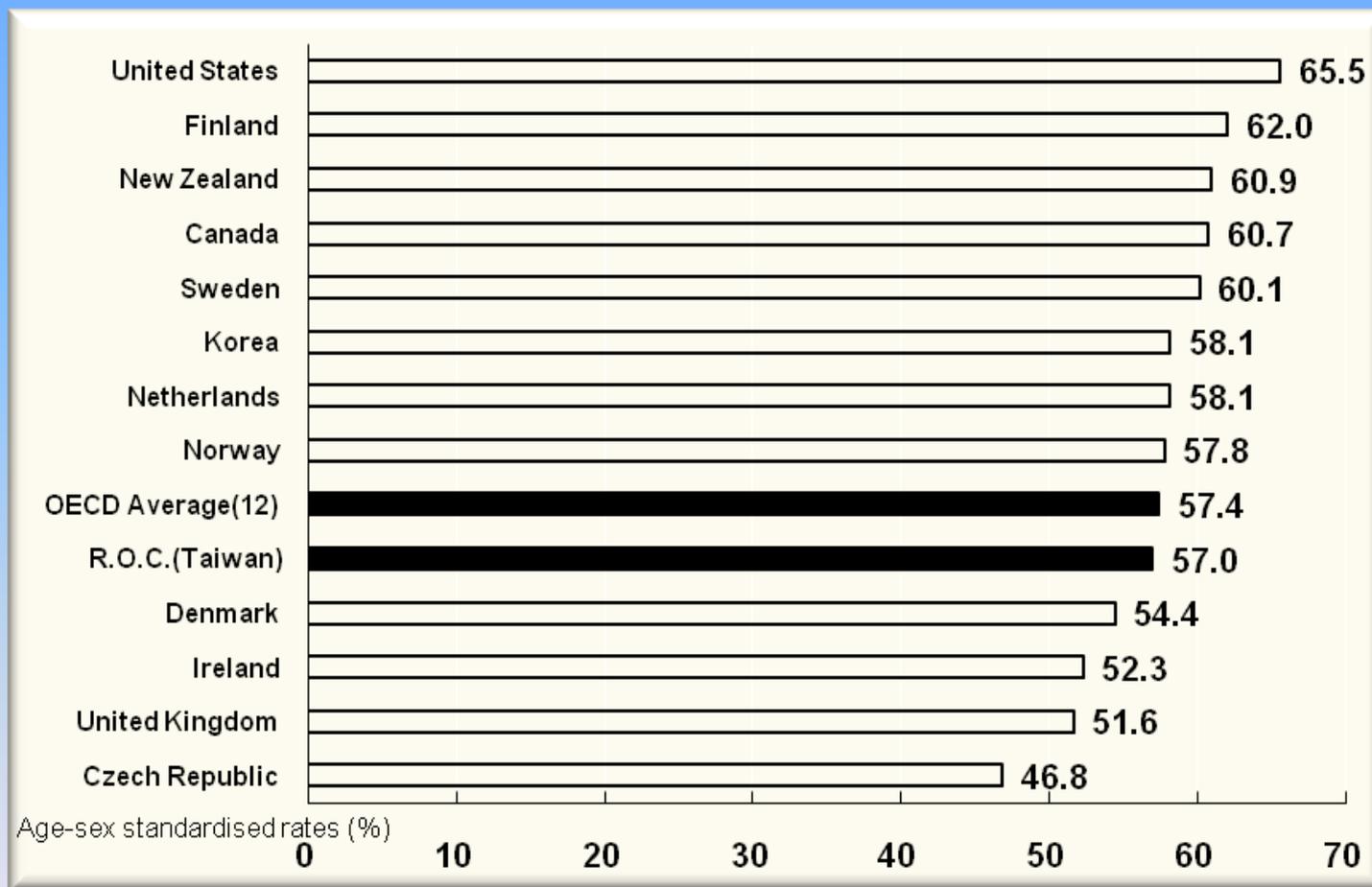
資料來源：行政院衛生署健康照護品質指標之國際與國內比較報告（2011年）

乳癌病人五年相對存活率



資料來源：行政院衛生署健康照護品質指標之國際與國內比較報告（2011年）

大腸直腸癌病人五年相對存活率



資料來源：行政院衛生署健康照護品質指標之國際與國內比較報告（2011年）

保險給付範圍



給付項目

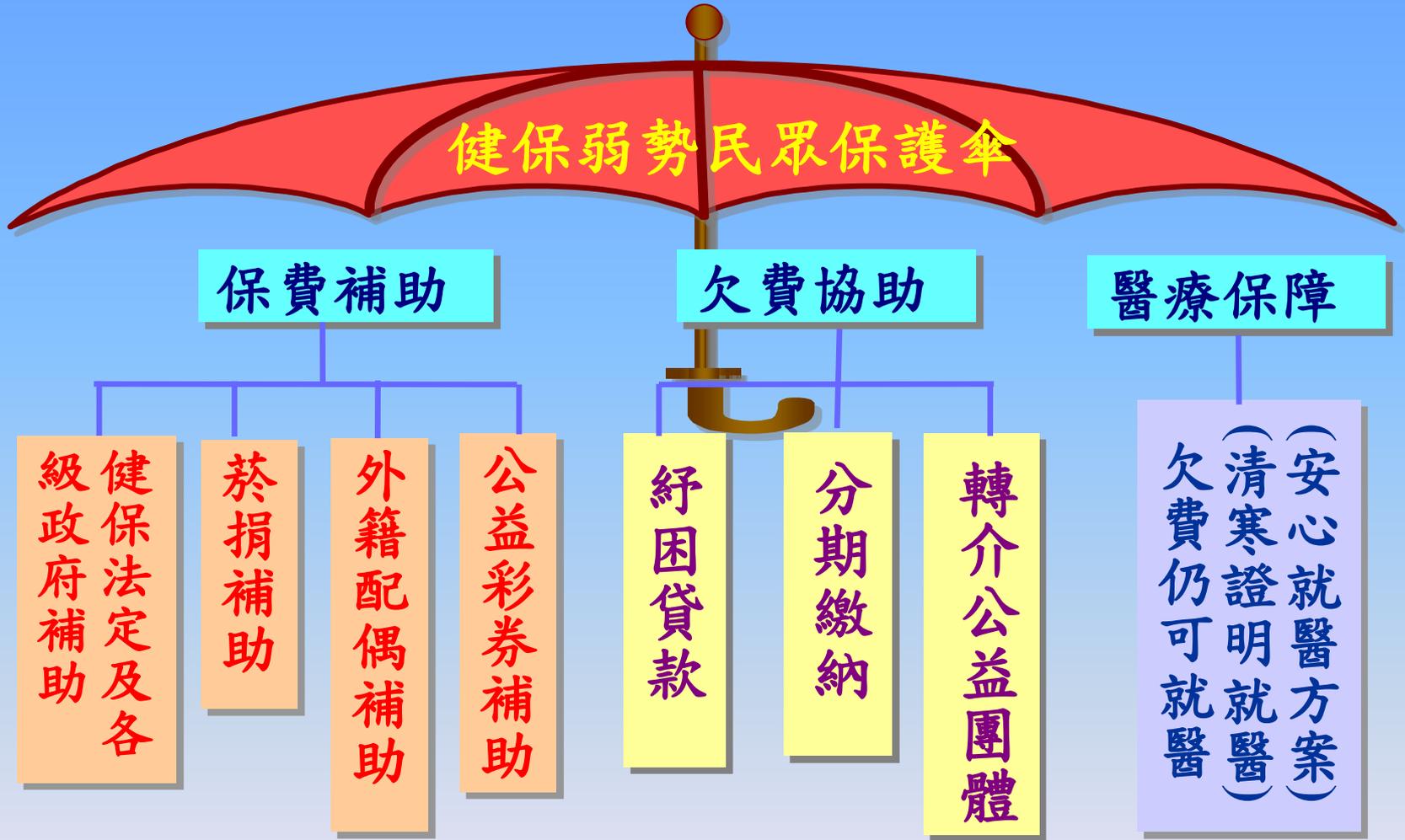
醫療服務：

門診、住院、中醫、牙醫、分娩、復健、慢性精神疾病復健、居家護理。

治療照護：

診療、檢查、檢驗、會診、手術、藥劑、材料、處置治療、護理及住院病房

為弱勢族群撐起保護傘



全民健保的改革



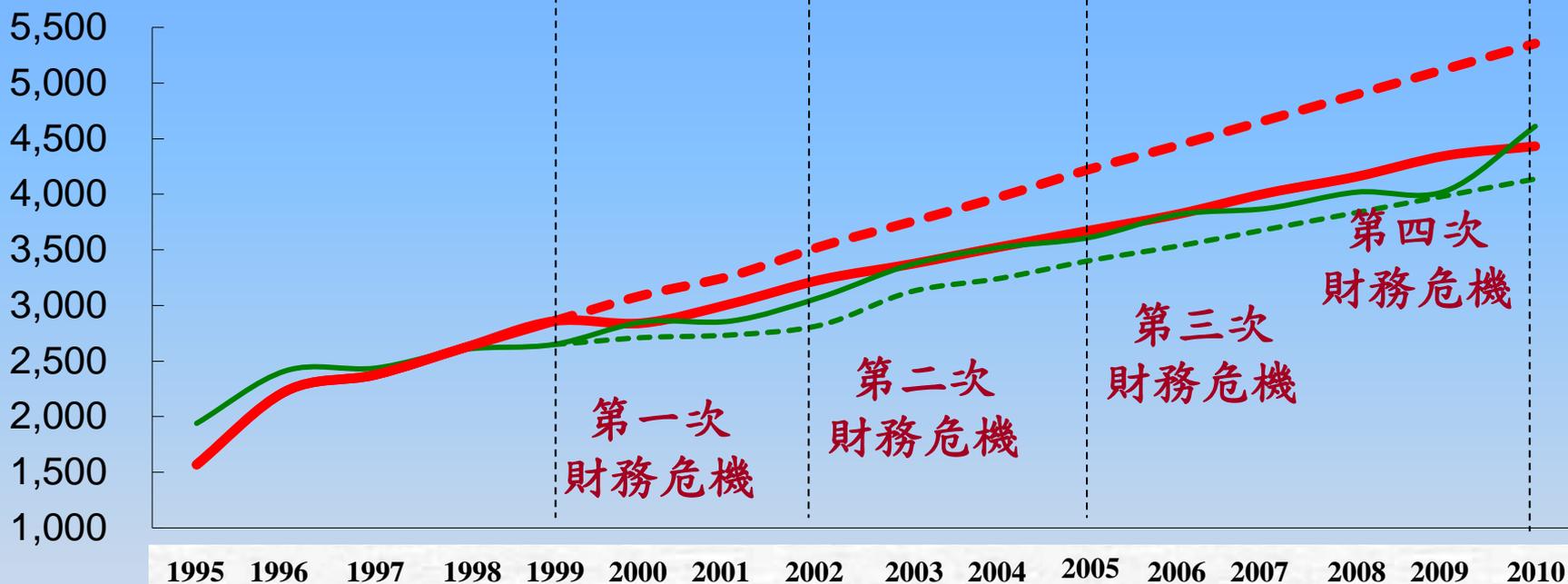
歷年健保財務收支趨勢

1996至2010年成長率

——收入 4.73%

——支出 5.03%

(億元)



如不採行因應措施

.....收入

.....支出

第一次
財務危機

第二次
財務危機

第三次
財務危機

第四次
財務危機

部分負擔、公益彩
券、菸捐、投保金額
上限、清查中斷投保
與投保金額

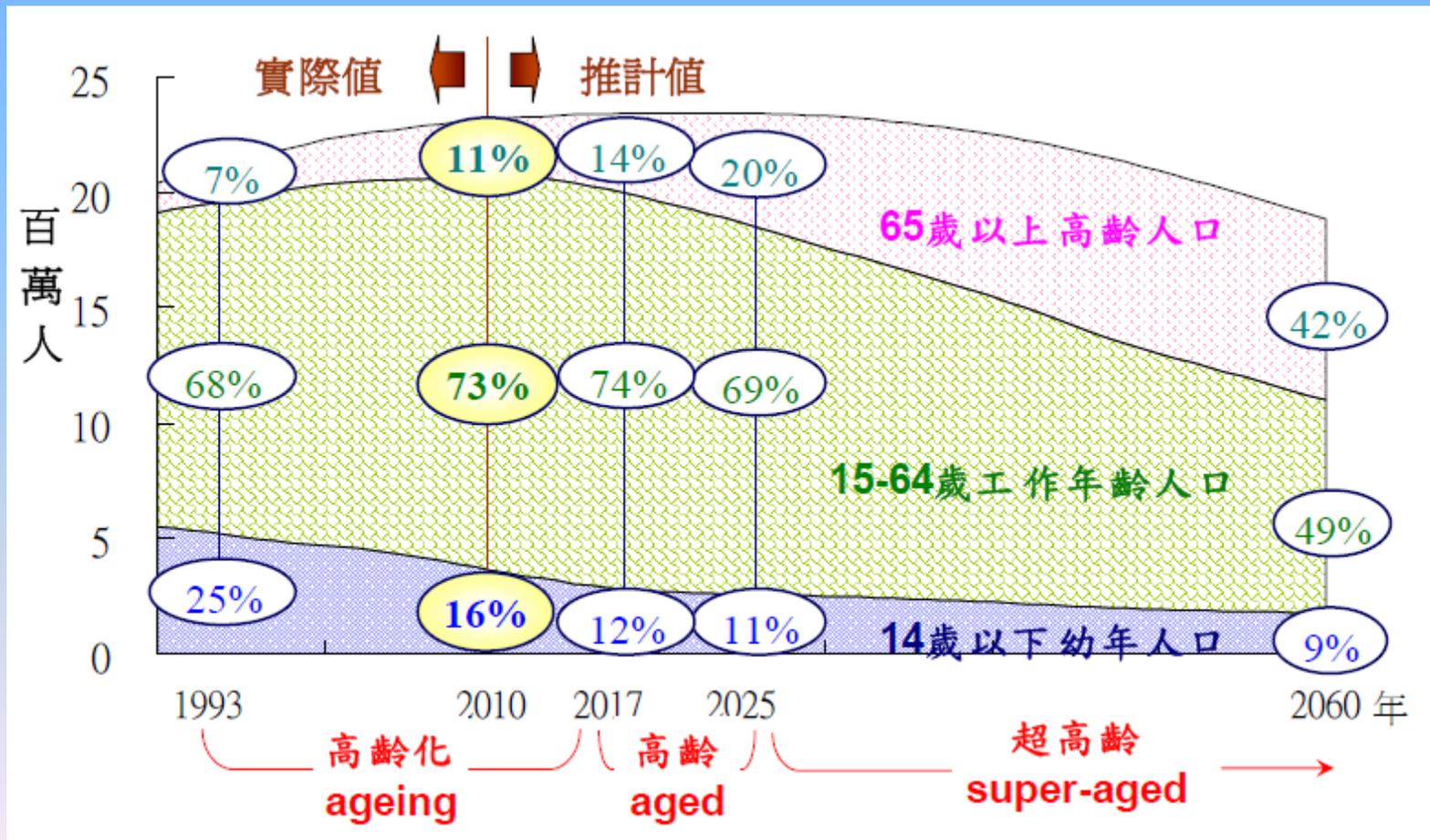
費率調整、部分
負擔、全面總
額、投保金額上
限

投保金額上限、
回歸公務預算、
菸捐、部分負擔

費率調
整、投保
金額上限

人口結構變動趨勢-經建會推估(中推計)

- 65歲以上人口由2010年11%增至2017年14%(高齡社會)
- 2025年增為20%(超高齡社會)，2060年高達42%。



全民健保體檢

- 行政院衛生署為健保永續經營，委託國家衛生研究院於2000年8月組成「全民健保體檢小組」，在確保醫療品質下，針對全民健保進行檢討與評估，以提出可行之政策建議與改革方案。
- 2001年2月提出全民健保體檢報告

體檢結果

■ 供給面

- 未依成本與品質訂定支付標準
- 論量計酬為主之支付制度促使醫療提供者增加服務量

■ 需求面

- 不必要就醫及過度藥品利用

■ 保險財務面

- 保險費基不全、財務責任不明、醫療服務量過度成長
- 人口快速老化及新醫療科技引進將促使財務惡化

■ 保險體制面

- 民眾決策參與空間不足
- 監理會政府代表比率過高，決議不具約束力
- 監理會與費協會未能就財務收支統籌管理，不利財務平衡

■ 公平性

- 民眾財務負擔累退稍有改善，仍較其它實施健保國家嚴重
- 部分負擔對低收入家庭仍是就醫障礙
- 經濟情勢影響失業率增加，投保身分中斷，就醫可近性受影響

體檢政策建議

■ 由行政單位採行推動部分

- 檢討及訂定合理反應成本之支付點數
- 加速實施論病例計酬，推動論人計酬
- 加強弱勢團體及山地離島相關醫療保健措施

■ 需修訂相關法規部分

- 調整投保金額上下限級距
- 逐步落實受雇者依全薪投保
- 政府補助款改由中央政府直接撥付



二代健保規劃

- 為推動健保制度結構化之改革，進行全面性之檢討與前瞻性規劃，2001年7月成立行政院二代健保規劃小組
- 網羅公衛、公共政策、社會、法律、醫療、統計等各領域學者共同參與
- 規劃目標：提升醫療品質、平衡財務收支、擴大社會參與
- 2004年8月提出規劃報告



二代健保規劃政策建議-1

■ 強化資訊提供以提升醫療品質

- 以醫療品質為中心之保險人組織功能再造
- 確保醫療專業盡責
- 提供以民眾為考量之品質資訊
- 成立全民健保醫療品質專責單位

■ 平衡財務且提升購買服務效率

- 取消六類十四目保險對象分類，以**家戶總所得**計收保費
- 健保特約醫院財務資訊透明
- 建立醫療資源配置機制
- 推動論病例計酬及整合性全人照護



二代健保規劃政策建議-2

- 建構權責相符之健保組織體制
 - 整合監理會、費協會為全民健保委員會
 - 逐步改制為行政法人全民健保機構
- 擴大社會多元化參與健保政策
 - 提升體制內社會團體參與管道與能力
 - 建立體制外多元化參與決策的程序
 - 強化社會團體政策參與之能力
 - 建立一般民眾平等參與健保事務



二代健保的修法歷程

衛生署委託國
衛院成立全民
健保體檢小組

提出全民健
保體檢報告

行政院成立二代
健保規劃小組

提出二代健保規
劃政策與建議

通過立法院一讀

通過立法院三讀

2000/8

2001/2

2001/7

2004/8

2010/6

2011/1

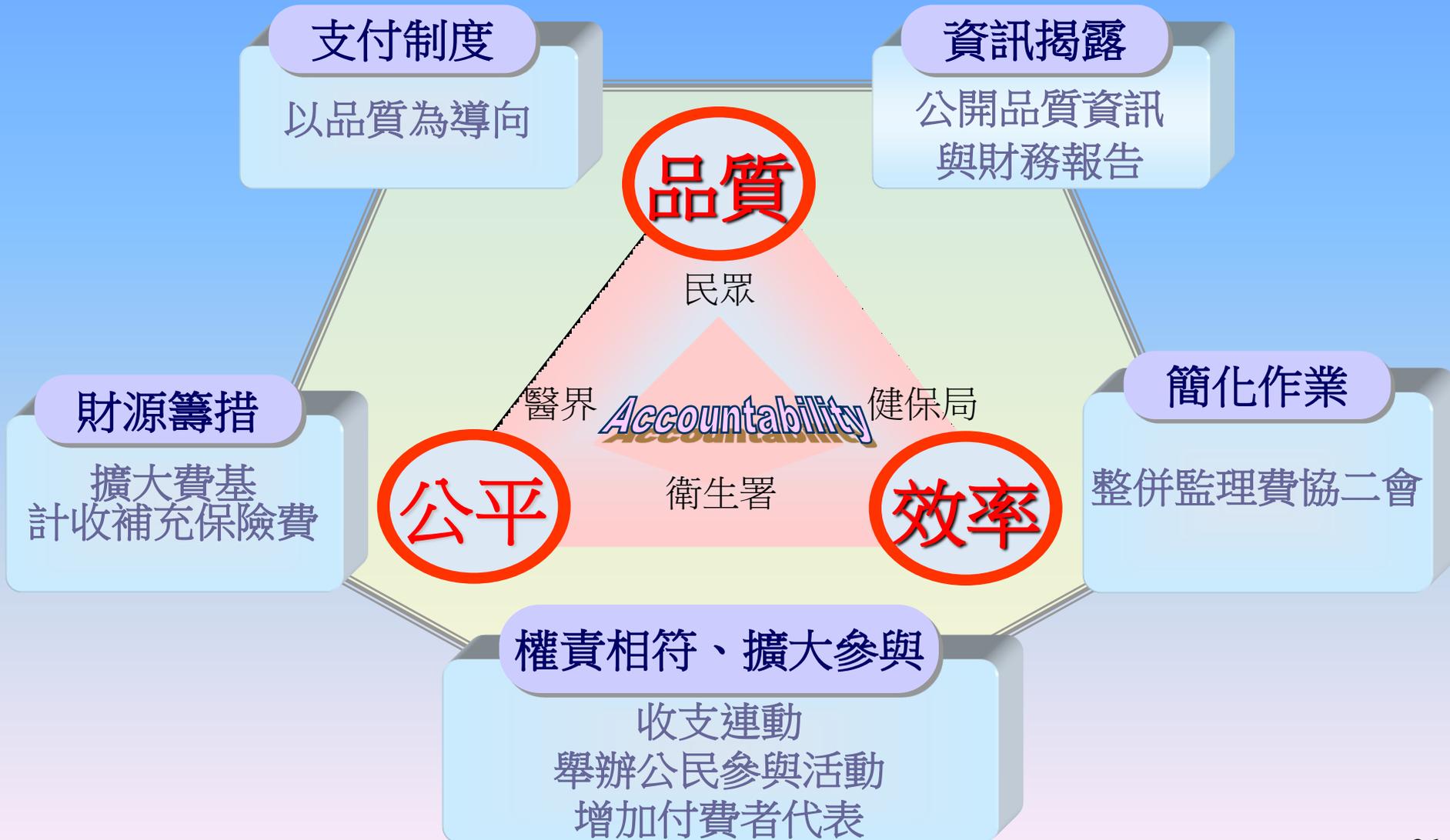
全民健保體檢小組

二代健保規劃小組

二代修法準備期

二代健保修法

健保改革核心價值



一、提升政府之財務責任



現制與二代健保之差異比較

～政府負擔～

二代健保	現制健保
<p>1. <u>分擔一般保險費</u>：</p> <p>- 6類15目比率同現制</p> <p>2. <u>政府補助款及政府為雇主之負擔總經費</u>：</p> <p>- 不得低於整體保險經費之36%</p>	<p>1. 分擔一般保險費</p> <p>- 依6類14目不同比率</p> <p>2. 2009年政府負擔總一般保險費約為33.8%</p>

政府承擔修法前之財務短絀

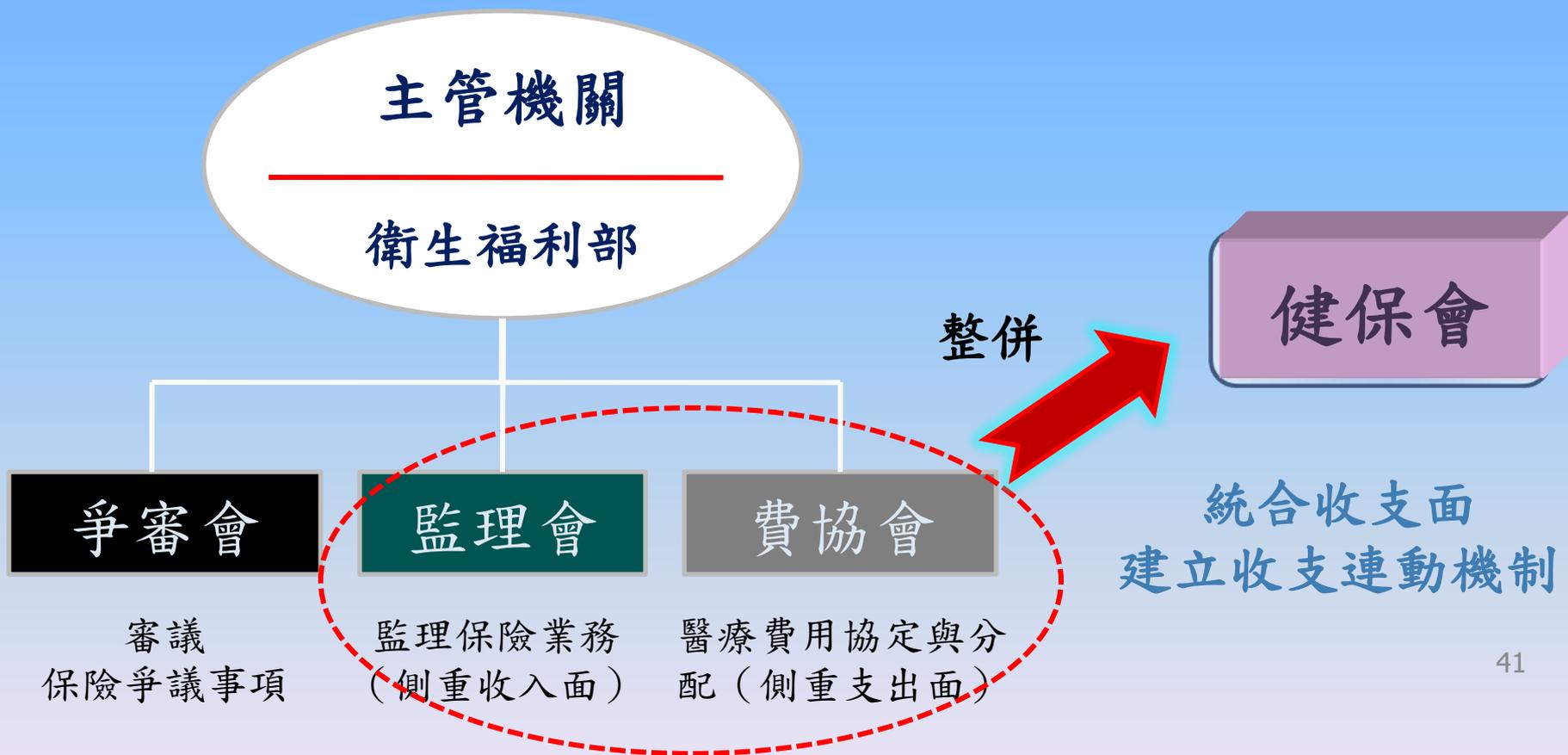
二代健保修法案實施前所累計之財務短絀，由政府分年編列預算填補。



二、建立財務收支連動機制



整併組織，調控收支



健保會之成員及權責

- 成員：

被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表；其中保險付費者代表之名額，不得少於1/2；且被保險人代表不得少於全部名額之1/3。

- 權責：

(一) 保險費率之審議。

(二) 保險給付範圍之審議。

(三) 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。

(四) 保險政策、法規之研究及諮詢。

(五) 其他有關保險業務之監理事項。

三、擴大民眾參與



擴大民眾參與(一)

健保會

於審議、協議重要
事項前，必要時辦
理公民參與活動。

1. 保險費率及保險給付範圍調整。
2. 年度醫療給付費用總額範圍。
3. 實施差額負擔之特殊材料品項及期。
4. 抑制資源不當耗用改善方案。
5. 健保業務有關之醫事服務機構財務報告公開辦法。
6. 健保醫療品質資訊公開辦法。

擴大民眾參與(二)

保險付費者代表另應參與

1. 醫療服務支付標準之擬訂
2. 藥物給付項目及支付標準擬訂
3. 總額支付制度之推動

四、落實人人有保



現制與二代健保之差異比較

～保險對象分類～

二代健保	現制健保
<ul style="list-style-type: none"> ■ 增列<u>受刑人</u>為第4類第3目，共為6類15目 ■ 明定受刑人之保險費由中央矯正主管機關全額補助 	<p>6類14目</p>
<p>同現制，<u>但眷屬遭受家暴等經認定之情形，得不依附被保險人投保。</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依職業等身分分類：六類 2. 分被保險人及眷屬，眷屬應依附被保險人投保。

五、從嚴規定久居海外者(或民眾) 之投保條件



現制、二代健保之差異比較

～投保資格～

二代健保	現制健保
<p>1. 設有戶籍滿<u>6個月</u>，或領有居留證件且在臺居留滿<u>6個月</u>，始得加保。</p> <p>2. 不受6個月限制之例外：</p> <p>(1)設有戶籍之下列人員</p> <p>a<u>最近2年內曾有加保紀錄者</u></p> <p>b在臺出生之新生兒</p> <p>c<u>政府駐外人員及其眷屬</u></p> <p>(2)受雇者</p>	<p>1. 設有戶籍滿4個月，或領有居留證件且在臺居留滿4個月，始得加保。</p> <p>2. 不受4個月限制之例外：</p> <p>(1)設有戶籍之下列人員</p> <p>a曾有加保紀錄者</p> <p>b被保險人在臺出生之新生兒</p> <p>(2)受雇者</p>

改善權利義務不對等現況

目前輿論認為不公平現象

曾有加保紀錄而久居國外者，返國時馬上就可以投保，造成「平時不繳保費，有病回國就醫」之不公平現象。

二代健保改革

- 增訂限制「**二年內**」曾有加保紀錄者，返國方可立即加保，以適度保障留學生及海外工作者之就醫權益，並解決上開不合理現象之情形。
- 加保等待期延長為六個月。

六、擴大保險費費基、強化量能負擔精神



現制與二代健保之差異比較

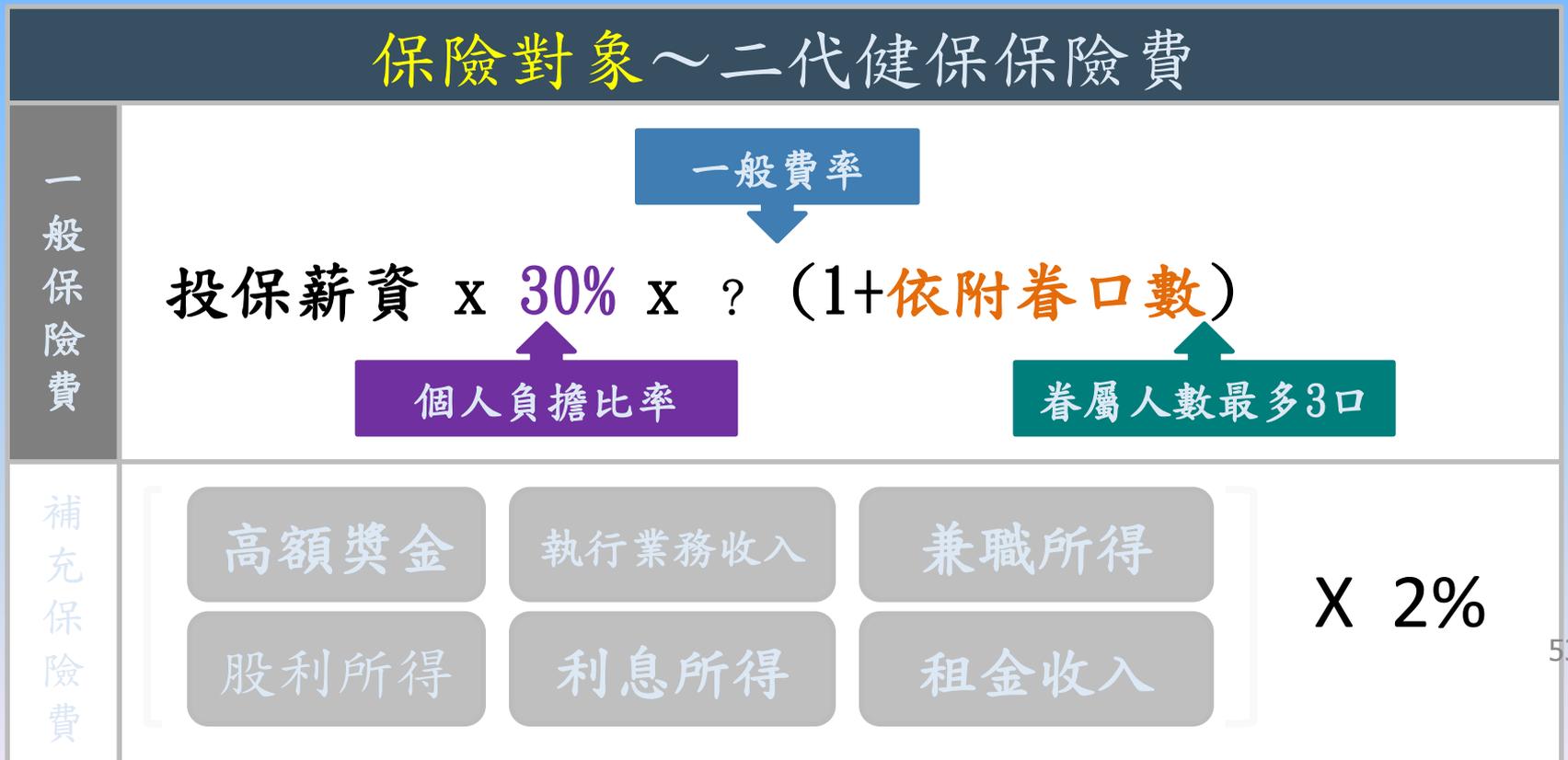
～保險費費基～

二代健保	現制健保
<p>1. <u>一般保險費</u>：</p> <p>同現制。</p> <p>2. <u>補充保險費</u>：</p> <p>所屬投保單位給付全年累計4個月以上之獎金、非所屬投保單位之薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入。</p>	<p>1. 經常性薪資為主</p> <p>2. 雇主：營利所得</p> <p>3. 專技人員：執行業務所得</p>

增收補充保險費

保險對象：第1類～第4類及第6類

保險對象～二代健保保險費



註：1. 補充保險費有免扣取之範圍規定

投保單位之保險費計算方式

投保單位：第1類第1日至第3日之投保單位

保險單位(雇主)~二代健保保險費

一般保險費	<p style="text-align: center;">一般費率</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">投保薪資 X 60% X ? (1+平均眷口數)</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">雇主分擔比率</p>
補充保險費	<p style="text-align: center;">(雇主支付薪資總額 - 受雇員工投保金額總額) X 2%</p>

設計投保單位補充保險費之意涵

- 雇主（投保單位）針對其每月所支付薪資總額與其受雇者每月投保金額總額間之差額，增列為計費基礎，收取補充保險費，以平衡雇主負擔整體保險經費比例，且使各行業別雇主間的負擔更趨公平。
- 讓企業就經常性薪資以外的用人費用負擔一定的補充保險費，可降低刻意調整員工薪資結構的動機，回歸員工應得的酬勞項目與金額，反而能改善現行制度下所可能產生的規避行為。

補充保險費率之調整

- 新制實施第一年，補充保險費之法定費率為2%（全民健康保險法第33條）
- 自第二年起，補充保險費率應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告
- 補充保險費率於本保險之保險費率達上限時，即不再增加

七、節制資源使用，減少不當醫療



加重詐領罰鍰

- 訂定不予特約之條件及違約處理之相關辦法
- 加重詐領保險給付及醫療費用者之罰鍰至其詐領金額之二十倍，並對於違規情節重大之特約醫事服務機構，得視其情節輕重，於一定期間不予特約或永不特約。

未依規定之就醫，不予保險給付

對於多次重複就醫、過度使用醫療資源之保險對象，將進行輔導與就醫協助，但情況緊急時不在此限。

就醫輔導

指保險對象有重複就醫、多次就醫或不當醫療利用情形時，針對保險對象進行就醫行為瞭解、適當醫療衛教、就醫安排及協助。

健保局定期提出改善方案

明訂中央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，確保資源有效運用。並逐年依市場交易情形合理調整藥品價格。



八、多元計酬，為民眾購買健康



現制、二代健保之差異比較

～醫療費用支付原則～

二代健保	現制健保
<p>配合<u>多元支付制度</u>之採行，以同病、<u>同品質同酬</u>為支付原則，並增加<u>得以論人計酬</u>之支付方式，實施<u>家庭責任醫師制度</u>。</p>	<p>同病同酬為原則</p>

家庭責任醫師制度

為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。

家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。

九、實施藥品費用目標



現制、二代健保之差異比較

～藥品費用目標～

二代健保	現制健保
<ol style="list-style-type: none">1. 改採藥品費用目標。2. 訂定每年藥品費用目標，超出之額度，自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依其額度修正次一年之藥品給付項目及支付標準。	<ol style="list-style-type: none">1. 按藥價基準每點一元支付。2. 分階段實施門診藥品費用支出目標制；超出藥品費用目標之部分額度，自當季之醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。

註：是否實施藥品費用目標制，依第61條內容須由健保會協商決定。

十、實施醫療科技評估



現制、二代健保之差異比較

～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。

現制健保

未於健保法中明定。



醫療科技評估

～給付決定之七項考量～

- 安全
- 有效
- 品質

- 相對療效(人體健康)
- 成本效益
- 保險財務衝擊
- 社會/法律/醫療倫理

食品藥物
管理局

健保局

醫療科技評估

～目前辦理新增診療項目作業情形～

- 申請單位應填具「成本分析表」及提供國內外臨床療效、文獻報告、與傳統診療方式之療效及費用比較等資料
- 徵詢專家或學會意見，確認新項目之效益、成熟性、估計年數量及費用
- 每年全民健康保險醫療費用協定委員會協商總額成長率中明定支付標準新增之預算

十一、資訊公開透明



資訊公開透明

明定應公開之重要資訊項目：

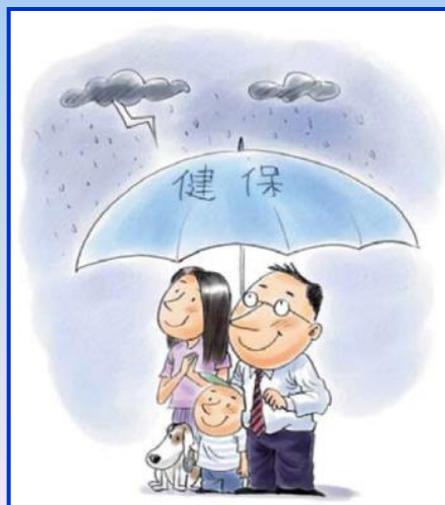
- 全民健保重要事務之會議資訊
- 參與代表之利益揭露
- 特約醫事服務機構之財務報告(申報費用一定數額以上者)

資產負債表、收支餘絀表、淨值變動表、現金流量表、

醫務收入明細表、醫務成本明細表

- 特約醫事服務機構之醫療品質資訊
- 保險病床設置比率
- 各特約醫院之保險病床數
- 重大違規資訊

十二、保障弱勢群體權益



更加審慎辦理拒絕給付條件

不予暫停給付之狀況

- 經濟困難者
- 遭受家庭暴力受保護者
- 非有經濟能力但拒不繳納保險費者，
於未繳清保險費或滯納金前

暫停給付

民眾有錢不繳時，始能暫停拒絕給付。

減輕弱勢群體就醫負擔

1. 門診及住院部分負擔同現制，但居家照護部分負擔調降為5%。
2. 重大傷病、分娩及山地離島地區就醫可免部分負擔；另新增於醫療資源缺乏地區就醫，可減免部分負擔。

結語

■ 健保改革 全民會更好

- 費基擴充更具彈性，落實量能付費精神
- 支付制度改革持續推動，提升醫療服務品質
- 健保會掌握收支連動，維持健保財務平衡
- 改革勢必永無止境，不斷的改革就是進步
- 透過健保醫療制度，守護全民身心健康

