



行政院衛生署

二代健保修法公聽會 書面報告

行政院衛生署
99年4月21日-22日



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



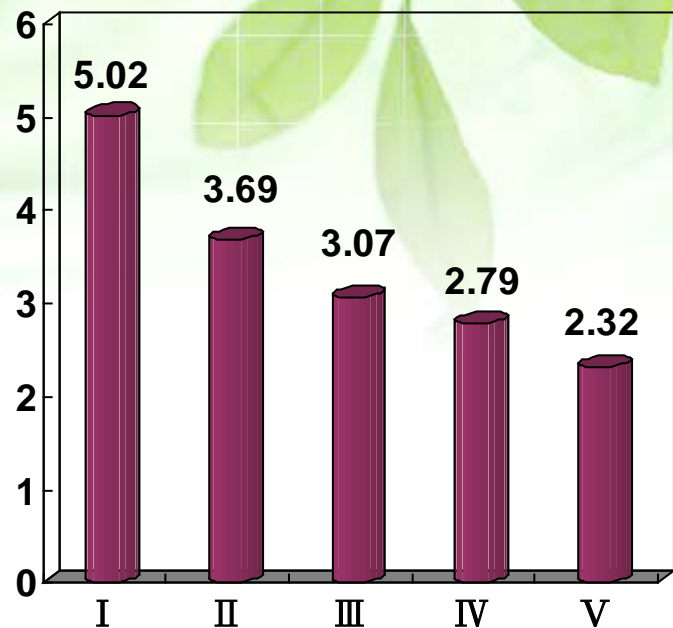
公平就醫

WHO 財務負擔公平性指標

排名	國家	指數
1	哥倫比亞	0.992
*	台灣	0.992 (1994 : 0.881)
6-7	德國	0.978
8-11	日本	0.977
8-11	英國	0.977
12-15	瑞典	0.976
17-19	加拿大	0.974
20-22	荷蘭	0.973
38-40	瑞士	0.964
53	南韓	0.955
54-55	美國	0.954

每人健保受益比

(醫療給付受益:繳交之保險費)



可支配所得按戶數五分位組

所得最低

所得最高

資料來源: 2007衛生統計動向

* 台灣指數: Health affairs, 2003



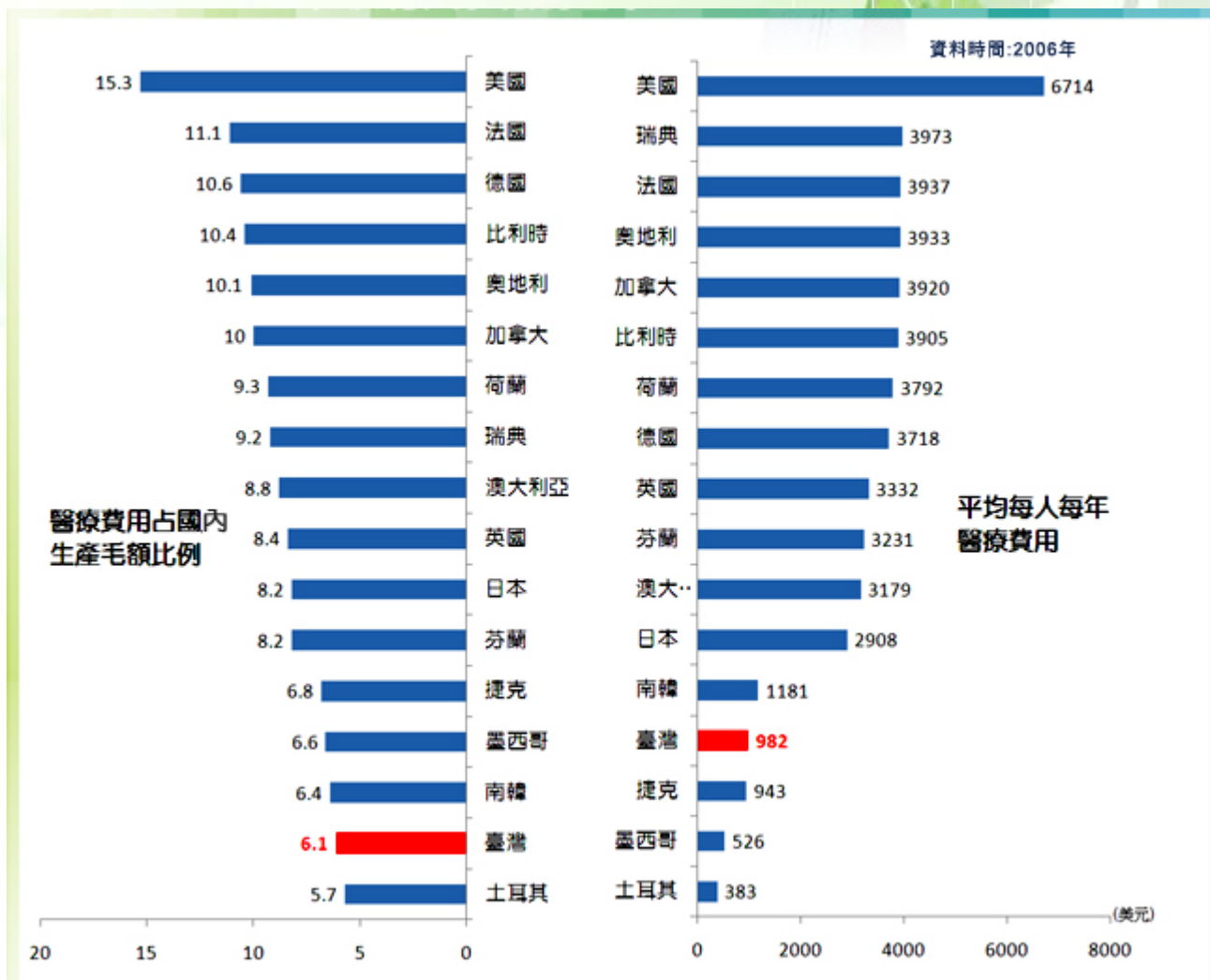
醫療費用低

醫療支出年平均成長率（1997-2006）





醫療費用低





適切的品質

癌症5年存活率

單位：%

	大腸癌		肺癌		乳癌
	male	female	male	female	female
台灣(2002-2006)	58	59	11	15	84
美國(1996-2004)	65	64	13	18	89
澳洲(1998-2004)	61	62	11	14	88

器官移植存活百分率 (2001-2004)

	個案數	3個月存活百分率			1年存活百分率			3年存活百分率		
		台灣	美國		台灣	美國		台灣	美國	
			屍體	活體		屍體	活體		屍體	活體
單獨腎臟移植	686	98	97	99	96	95	98	92	88	94
單獨肝臟移植	402	91	92	93	88	87	87	84	79	78
單獨心臟移植	212	87		91	79		86	66		79
單獨肺臟移植	45	58		90	40		80	19		62
腎臟及心臟移植	7	71		98	71		92	71		78



合理之醫療費用提供高品質醫療服務

	台 灣	美 國	南 韓	新加坡	中 國
冠狀動脈繞道手術	\$15,918	\$70,000-133,000	\$31,750	\$19,246	\$2860-5720
膝關節置換	\$5,623	\$30,000-53,000	\$11,800	\$9,600	\$3000-6000
前列腺手術	\$1,694	\$10,000-16,000	\$3,150	\$5,300	\$1500-3000
胃繞道手術	\$10,200	\$35,000-52,000	\$9,300	\$16,500	\$5850-7350

註1.以上為套裝費用，包括檢查費、手術費、醫師診療費等項目，不含特殊醫材

註2.資料來源：醫療服務國際化專案管理中心整理



健康成果

平均餘命與嬰兒死亡率

	平均餘命		嬰兒死亡率 (每千名活產數)
	女性	男性	
台灣	81.7	75.5	5.0
美國	80.4*	75.2*	6.9*
德國	82.4	77.2	3.8
日本	85.8	79.0	2.6
瑞士	84.0*	78.7*	4.4
英國	81.1*	77.1*	5.0

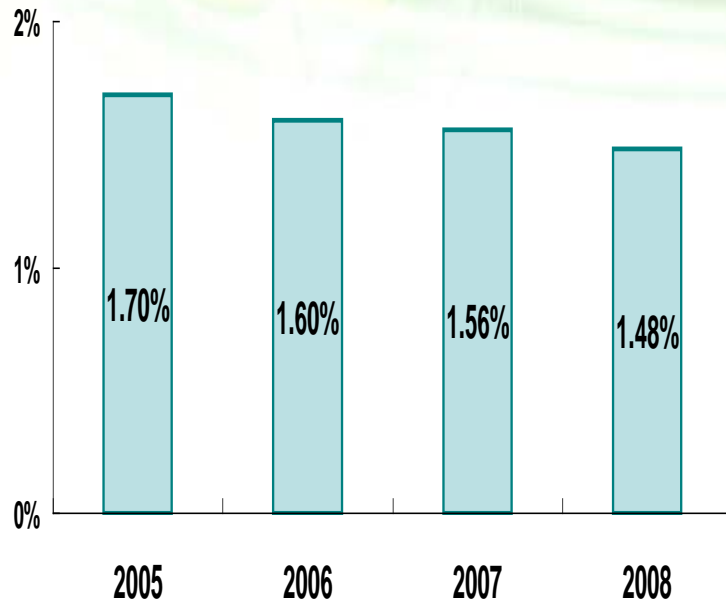
資料來源：OECD health data 2008

* 2005



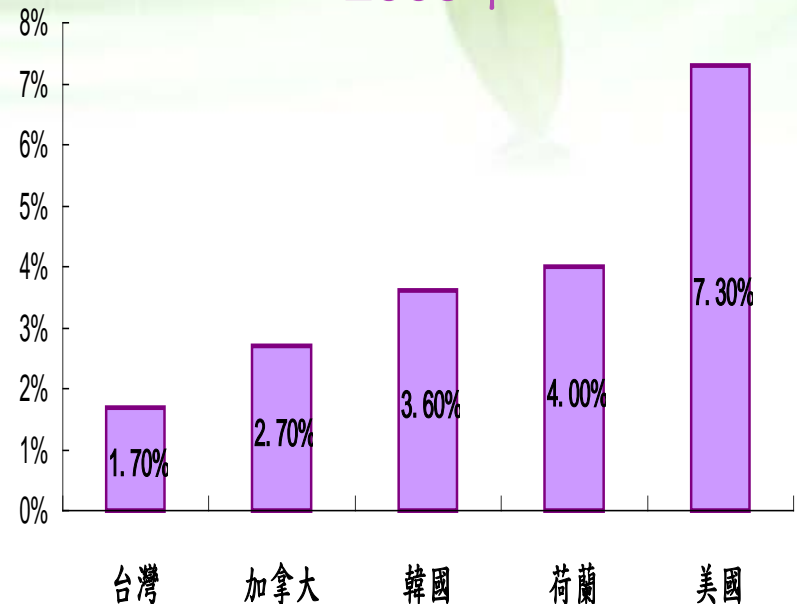
行政成本低、效率高

➤ 行政成本低- 為健保支出之1.48%



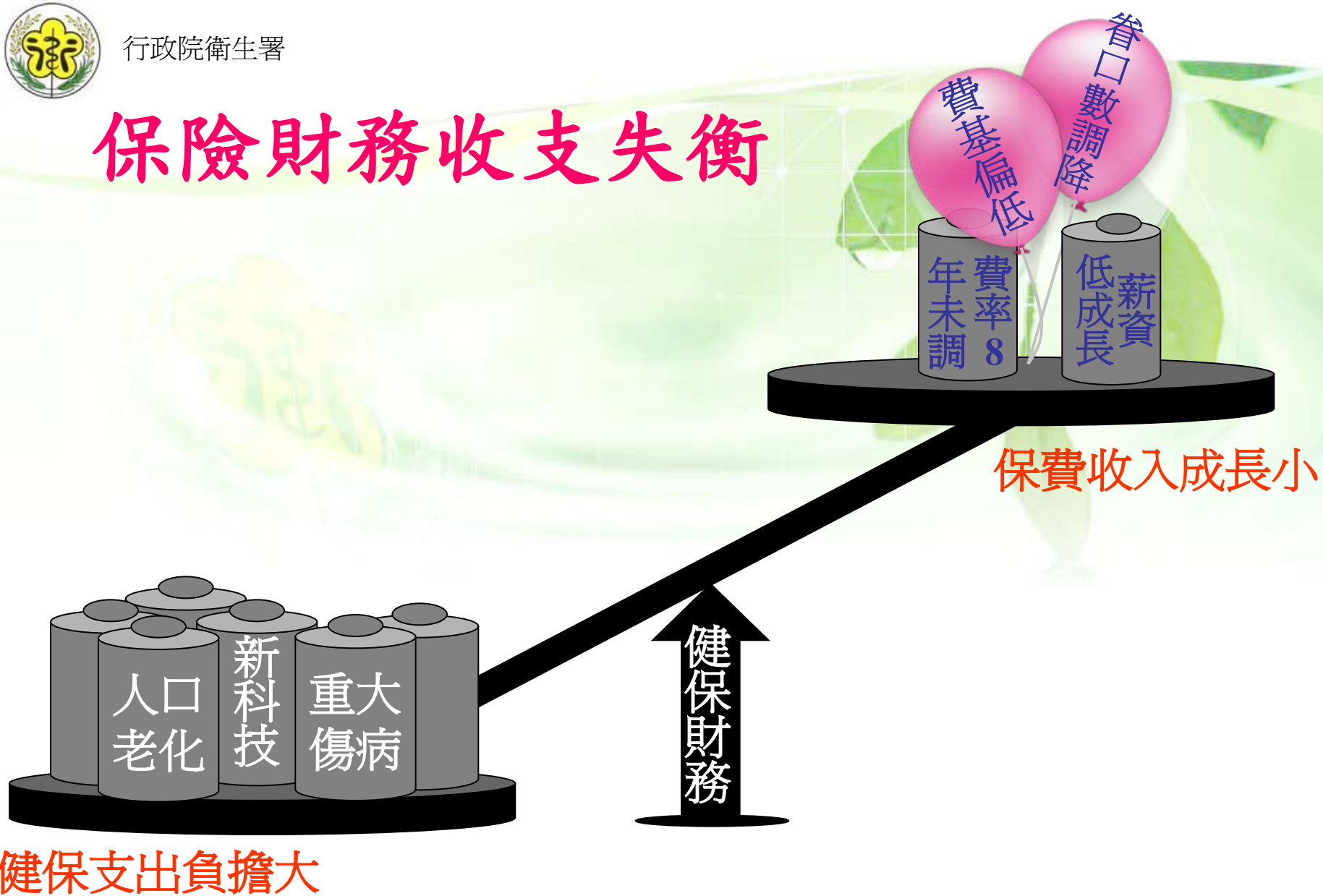
➤ 國際比較效率高

2005年





保險財務收支失衡





健保醫療費用成長主要原因

過去10年內(1999~2008)，健保醫療費用成長主要原因如下：

- ❖ 65歲以上老年人口增加近50萬人，醫療費用增加788億元，占整體新增費用的44%。
- ❖ 重大傷病人數增加約1倍，已達79萬人，醫療費用增加760億元，占整體新增費用的42%。
- ❖ 新藥引進及支付標準調整，已超過600億元，占整體新增費用的33%。

健保醫療費用成長主要原因	過去10年增加金額
65歲以上老年人口快速增加	788億元
重大傷病範圍擴大及人數增加	760億元
高科技醫療之導入	600億元



費率調整後之財務收支預估

單位：億元

年別		98年	99年3月	99年(P)	100年(P)	101年 3月(P)	101年(P)
保險收入	費率調整前	4,027	1,047	4,087	4,170		4,259
	費率調整後			4,479	4,692	1,209	4,805
保險成本		4,349	1,069	4,515	4,730	1,157	4,906
保險收支餘絀		(322)	(22)	(36)	(38)	52	(101)
保險收支累計餘絀		(588)	(609)	(623)	(662)	(609)	(762)



當前改革要解決之問題

- ◆ 負擔公平應再改善
 - － 類日間負擔比率不同
 - － 論口計費家戶間負擔不同
 - － 僅以經常性薪資為費基
- ◆ 缺乏連動財務失衡
 - － 收支由監理及費協二會分管
 - － 收入與支出成長率間落差
- ◆ 參與不足難以課責
- ◆ 保險品質仍可加強



健保改革之核心價值





修法重點

組織體制 擴大參與

- ◆ 權責相符
- ◆ 共同承擔
- ◆ 各界參與

保險財務

- ◆ 保險對象簡化僅分二類
- ◆ 收支連動
- ◆ 公平負擔（家戶總所得）

醫療品質 資訊揭露

- ◆ 論質計酬
- ◆ 資訊公開
- ◆ 品質導向

其 他

- ◆ 獎勵全民共同監督
- ◆ 藥品交易定型化契約
- ◆ 差額負擔
- ◆ 限制返國立即加保（停保）



公聽會討論題綱參考資料



收入面討論題綱

- ◆ 以所得稅之綜合所得總額，為健保家戶總所得計算範圍之合理性
- ◆ 保險費不論口，而改採家戶計費的公平性
- ◆ 未來監理會組成、代表性及課責機制
- ◆ 量出為入之費率評價是否適當？虧損政府應撥補之責任？



以所得稅之綜合所得總額，
為健保家戶總所得計算範圍
之合理性



採「淨所得」還是「總所得」？

- ◆ 二代健保規劃所稱「家戶總所得」，是以綜合所得總額計算，並非以扣除免稅額、扣除額等生活所必需支出後之「綜合所得淨額」為計算之基礎。
- ◆ 計費基礎如果採綜合所得「淨額」，則將使費基萎縮，適用之費率相對較高，且扣除額之種類及方式繁多，若採淨額，亦對不適用扣除額之民眾，相對地不公平。



其他資本利得是否併入 綜合所得總額計收保費

- ◆ 資本利得：非經常性買進、賣出之資本資產，持有一段時間後因銷售或交換所產生之收入，其主要項目包括，證券交易所得、土地交易所得、房屋及其他動產交易所得。
- ◆ 證券交易所得：買賣政府發行債券、公司發行股票、公司債及政府核准公開募銷之有價證券者，需課徵證券交易稅，但免納所得稅。
- ◆ 土地交易所得：出售土地時需繳納土地增值稅，惟出售土地之所得，免納所得稅。
- ◆ 房屋及其他動產交易所得：出售房屋或其他動產（例如：藝術品、古董）之所得，屬財產交易所得，依法需併入綜合所得申報繳納。



保險費不論口，
而改採家戶計費的公平性



相同所得的家戶，負擔相同的保險費

- ◆取消現有**6類14目**之加保規定，被保險人不再因職業類別有不同的負擔比率。
- ◆避免目前論口計費之缺點，單薪多眷口家庭與雙薪少眷口家庭間負擔不公平現象將可獲得改善。
- ◆依家戶所得之高低負擔保費，更符合量能負擔精神。



單身族群是否承擔過重的社會責任

- ◆ 外界認為單身者負擔加重，其實關鍵在於同樣所得水準下，是否有眷口數共同分攤保費。
 - 若單身者所得較低或有撫養親屬，其負擔未必增加。
 - 若單身者無須撫養親屬，相較多眷口家庭負擔較輕，基於社會保險量能付費之精神，多承擔些保費責任應屬合理。



例：假設單薪、月薪5萬元

家戶人數	現制	二代	家戶組成可能狀況
1人	$785 \times 1 = 785$	1500	未扶養親屬之單身
2人	$785 \times 2 = 1570$		單身+1人(父.母.子)；夫妻2人
3人	$785 \times 3 = 2355$		單身+2人(父.母.子)；夫妻2人+1人(父.母.子)
≥4人	$785 \times 4 = 3140$		單身+3人(父.母.子)；夫妻2人+2人(父.母.子)

說明：

二代健保保費假設條件：

- 1.被保險人負擔每月保費最高10000元(上限)，最低300元(下限)
- 2.被保險人保費=所得總額×保險費率(暫假設為3%)
- 3.家戶最高計費人數：4人(超過4個人也只算4個人)

現制：

每人每月保費=投保金額×費率×負擔比率= $50600 \times 5.17\% \times 30\% = 785$ ；每戶保費=每人保費×人數

二代：

每戶每月保費=(全戶全年總所得×費率)/12=($50000 \times 12 \times 3\%$)/12

如果還有薪資以外收入(例如房租、股利...), 要納入總所得計算



未來監理會組成、 代表性及課責機制



二代健保規劃報告建議

- ◆將監理會與費協會合併為「全民健保委員會」，強化健保財務收支連動機制。
 - －法定掌理事項：保險費率及保險費平均每人額度上、下限之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配。
- ◆委員組成
 - －由相關團體推薦代表與政府單位代表共同組成
- ◆名額採目前費協會方式
 - －保險付費者、醫事服務提供者、相關政府機關代表各**9**名



未來監理會委員組成及運作模式 可行方案

方案	甲案	乙案	丙案
設置概念	<ul style="list-style-type: none"> 類似<u>現行費協會</u>模式 以對等協商概念規劃委員組成 	<ul style="list-style-type: none"> 類似<u>現行監理會</u>模式 由各方代表組成 	<ul style="list-style-type: none"> 類似<u>長照保險</u>規劃概念 由付費者組成，擔任買方角色
委員組成	<ul style="list-style-type: none"> 由被保險人、雇主、政府、保險醫事服務提供者代表等、專家學者及社會公正人士組成。 <u>「保險付費者」與「保險醫事服務提供者」</u>相同席次。 	<ul style="list-style-type: none"> 由被保險人、雇主、政府、保險醫事服務提供者代表等、專家學者及社會公正人士組成。 <u>「保險付費者」</u>席次占多數。 	<ul style="list-style-type: none"> 由保險付費者代表（含被保險人、雇主、政府）、專家學者及社會公正人士組成。 <u>無保險醫事服務提供者代表。</u>
費用協商運作模式	與現行費協會之運作模式相同，直接召開監理會議進行協商。	另由買賣雙方組醫療費用協定小組，進行對等協商，或可加邀醫事服務提供者參與，於監理會對等協商。	由監理會代表全體被保險人與醫事服務提供者代表進行對等協商，購買醫療服務。



推舉及課責機制之考量

◆推舉方式

- －維持現行由相關團體推薦或其他公開遴選方式
- －挑選推薦團體之指標
- －專家學者及公正人士之推選方式

◆課責機制

- －為落實權責相符，並發揮代表各界參與之功能，對個別委員及推薦團體應有課責機制
- －公開委員與推薦團體之會員或代表之群體間意見交流、出席及發言情形等相關資訊



量出為入之費率評價是否適當？
虧損政府應撥補之責任？



量出為入計算費率是否適當？

- ◆ 量出為入是現行計算費率之法定方式
 - 依健保法第20條、第67條規定，保險費率精算結果，其前5年之平衡費率與當年保險費率相差幅度超過 $\pm 5\%$ ，或安全準備低於1個月保險給付總額時，由主管機關重行調整擬訂保險費率，報請行政院核定。
 - 惟費率決定後，應致力量入為出，以達成財務平衡。
- ◆ 未來監理會以各年度收支平衡原則，掌理收支連動機制，落實財務責任



目前存在的健保缺口如何填補？

◆ 可能解決方式：

- 政府籌編特別預算經費挹注
- 於二代健保保險經費分年填補
- 累計財務短絀暫時凍結，視未來整體經濟環境明顯改善後，再行處理



支出面討論題綱

- ◆ 健保財務數字公開透明化
- ◆ 現行藥價之核定與基準有無變更之必要
- ◆ 標靶藥之許可證取得與核價給付之連結，現行制度有無檢討之必要？
- ◆ DRG之給付制度應否提前全面實施
- ◆ 稽核之方式與編制應否變更及擴大
- ◆ 健保局可否擇優特約？或特約診所是否須有開業等待期？
- ◆ 健保局管控醫療費用之績效，如何因二代健保之實施，可以有更大之進步與保障患者？



健保財務數字公開透明化



健保財務於全球資訊網公開

- ◆ 歷年精算報告置於健保局全球資訊網
- ◆ 歷年健保各年度總額協定結果及其內涵，已公布於本署網站，供各界查詢



歷年全民健保收支情形

項目	保險收入[1]		保險成本[2]		保險收支餘絀[3]=[1]-[2]		安全準備 累計餘額 (億元)
	金額 (億元)	成長率 (%)	金額 (億元)	成長率 (%)	金額 (億元)	成長率 (%)	
85年	2,413.28	-	2,229.38	-	183.90	-	555.33
86年	2,436.38	0.96	2,376.13	6.58	60.26	(5.62)	615.59
87年	2,604.80	6.91	2,620.40	10.28	(15.59)	(3.37)	599.99
88年	2,648.95	1.69	2,858.98	9.10	(210.03)	(7.41)	389.96
89年	2,851.70	7.65	2,842.06	(0.59)	9.64	8.25	399.60
90年	2,861.46	0.34	3,017.88	6.19	(156.42)	(5.84)	243.18
91年	3,076.07	7.50	3,232.62	7.12	(156.55)	0.38	86.63
92年	3,367.61	9.48	3,371.44	4.29	(3.83)	5.18	82.80
93年	3,522.44	4.60	3,526.74	4.61	(4.30)	(0.01)	78.50
94年	3,610.92	2.51	3,674.27	4.18	(63.35)	(1.67)	15.16
95年	3,818.90	5.76	3,822.10	4.02	(3.19)	1.74	11.97
96年	3,873.82	1.44	4,011.50	4.96	(137.67)	(3.52)	(125.71)
97年	4,019.75	3.77	4,159.30	3.68	(139.55)	0.08	(265.26)
98年	4,026.58	0.17	4,348.84	4.56	(322.25)	(4.39)	(587.51)
99年(P)	4,479.00	11.24	4,514.63	3.81	(35.63)	7.42	(623.14)
86-98年平均		4.02		5.27	-	(1.26)	-

資料來源：84年至97年為中央健康保險局附屬單位決算，98年為中央健康保險局會計室「中央健康保險局保險安全準備提列情形表(依權責發生基礎)」，99年依「民國98年全民健康保險費率精算報告(經衛生署精算小組審核通過)」及99年4月1日費率調整為5.17%作修正。

說明：1. ()表負值，P表推估值。

2. 保險收入=保險費收入+保險費滯納金+資金運用淨收入(利息收入-利息費用+買賣票券利益-買賣票)

3. 保險成本=保險給付(醫療費用)+其他金融保險成本。



現行藥價之核定與基準有無變更 之必要



- ◆二代健保修正草案第**39**條規定：藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者及藥物提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
- ◆依目前之運作方式，現行藥價之核定與基準尚無變更之迫切性，然為擴大各界對藥物給付項目及支付標準之參與，未來二代健保修法完成後，藥價核定原則之擬訂，可於廣納各方意見後，更符合民眾之需求。



標靶藥之許可證取得與核價給付之連結，現行制度有無檢討之必要？



- ◆ 按納入藥價基準收載之新藥，必須為通過本署查驗登記並領有藥品許可證之藥品，由廠商向健保局提出納入給付之申請。
- ◆ 新藥經健保局邀集之醫、藥專家共同審議，以客觀及臨床實證為基礎，並衡平個別病患與社會之需要，自有限資源中求取最大公衛價值為考量，向健保局提出收載與否與核價之建議，目前標靶藥物納入健保給付之作法與其他藥品並無不同。
- ◆ 藥品許可證之取得係各該藥品通過本署對其療效及安全性之查驗，至於健保是否納入給付，則必須考量其與現行治療藥物或方法之相對療效及其經濟效益。



DRG之給付制度應否提前全面實施



- ◆ **DRG** 支付制度之實施期程，按協商結果，將分**5**年逐年導入，預訂於**103**年全面實施。
- ◆ 健保局目前按預訂進度逐步導入，理由如下：
 - 醫界近期曾表達，**MDC** 導入時程於檢討第**1**期導入項目實施成效後再議。
 - 第**2**年起實施項目，醫院仍需進行資訊、管理措施、醫療(事)部門之整合作業
- ◆ 如果醫界願意提前全面實施，樂見其成。



稽核之方式與編制應否變更及擴大



現行人力及執行方式

- ◆ 現行人力：約40名。
- ◆ 查核啓動
 - － 民眾檢舉、上級交查、審核發掘、專案稽查、其他移辦
- ◆ 查核之程序與處理
 - － 經專業審查、檔案分析或比對IC卡上傳資料及費用申報資料，掌握申報異常之個案。
 - － 對於複雜性、集團性、惡性重大之違規，須司法調查權介入者，洽請檢警調司法機關會同或協助查辦。
 - － 查有實據者，予以違約處理（限期改善、違約記點、扣減費用、停止特約、終止特約）、罰鍰處分、或函送司法偵辦。



辦理情形

- 一 為減少健保醫療浪費與弊端及保障保險對象就醫權益，同時加強健保醫療資源的有效運用，健保局對於特約醫療院所費用申報，均有專責的工作團隊在為民眾把關。
- 一 經費用審查發現有不合理的費用申報即予費用核刪，一旦發現可能已經涉及虛、浮報者，即會啟動查核機制，針對異常的醫療院所進行查處。
- 一 監控整體醫療資源，在最精簡的人事費用下，運用智慧累積經驗，加上檔案分析等科學方法，採取「精緻查案」，提昇查核效能。



健保局可否擇優特約？或特約診所須有開業等待期？



- ◆修正全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法
 - －針對「屢次違規醫師」及「多次違規醫療院所之同址」，已研議修正特管辦法，明定永不特約，以消弭不肖人士持續濫用珍貴健保醫療資源之情形。
- ◆核發開業執照非健保局職掌，對特約診所須有開業等待期乙節，恐影響診所執業權益尚難限制。



健保局管控醫療費用之績效，如何因二代健保之實施，可以有更大之進步與保障患者？



管控醫療費用及績效之努力方向

◆持續制度改革、擷節醫療浪費

- 實施總額支付制度，總額與核定點數之差額由醫界自行吸收，近五年平均約**200-300**億。
- 違約扣款每年約扣減**3**億。
- 近期研修特約管理辦法，將新增永不特約的規定
- 住院**DRG**支付制度逐年導入。
- 整合性門診照護計畫
- 針對異常就醫民眾納入輔導，進而限制就醫場所(重大傷病患者除外)。



二代健保之實施，如何增進患者權益

- ◆ 增加品質資訊公開機制，促進醫療品質提升
- ◆ 改革支付制度，以品質為導向，強調論質計酬
- ◆ 支付標準之訂定程序，納入被保險人及雇主代表，擴大民眾參與。
- ◆ 增訂差額負擔之規定，在健保醫療資源有限之情況下，對保險人無法適時收載之新科技、高價藥品及特材，使病患減少全額自費之負擔，且可以有更大之使用選擇權。



報告完畢