

全民健康保險

全民健保現況與未來改革方向

鄭守夏局長
中央健康保險局
99年1月15日

全民健康保險

報告內容

- 全民健保的主要成就
- 全民健保面對的挑戰
 - 維持財務平衡
 - 持續支付制度改革

2

全民健康保險

全民健保之主要成就

3

全民健康保險

為弱勢族群撐起保護傘

4

全民健康保險

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	(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)

所得最低	所得最高
5.02	
3.89	
3.07	
2.79	
2.32	

資料來源: 2007衛生統計年書

5

全民健康保險

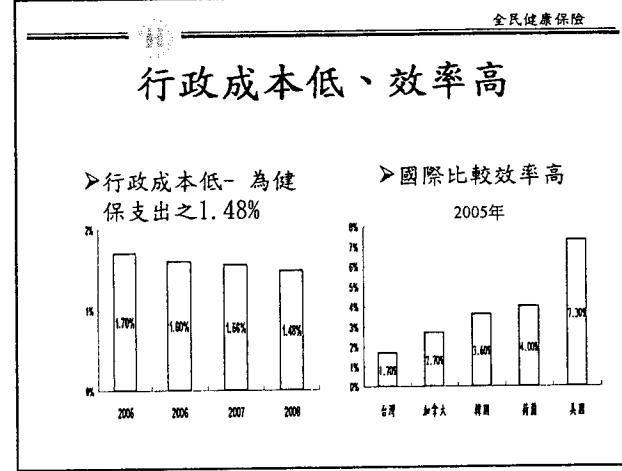
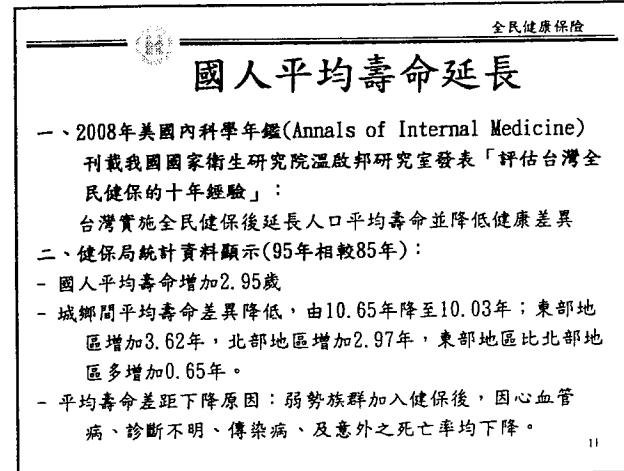
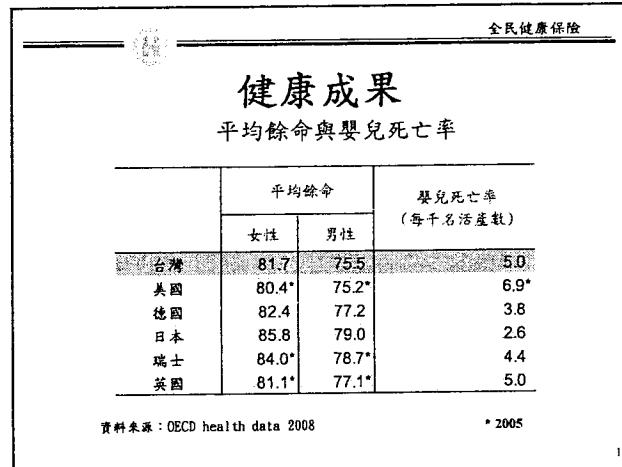
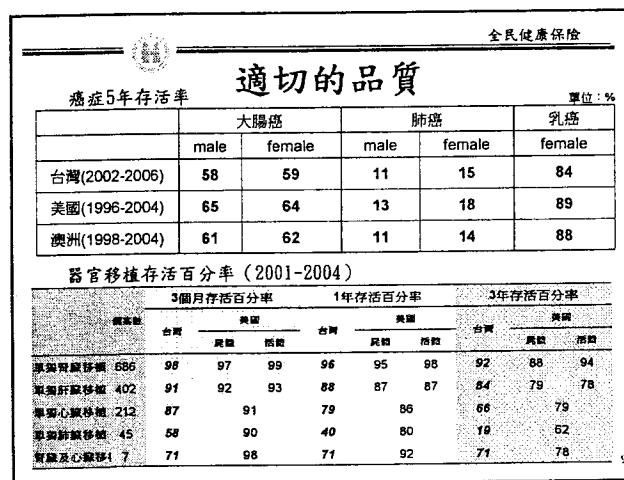
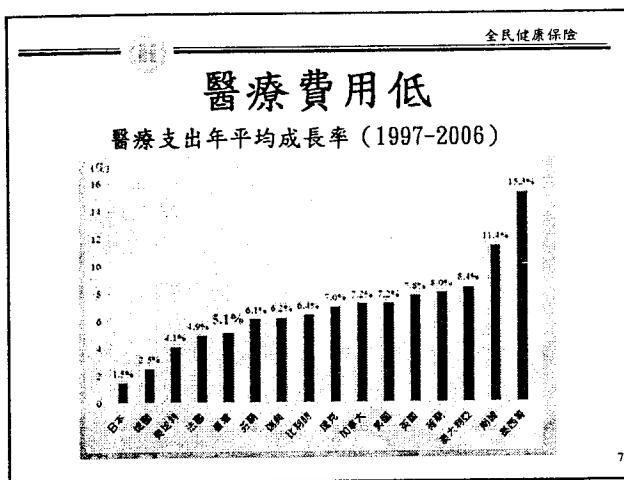
減輕重大傷病患者負擔

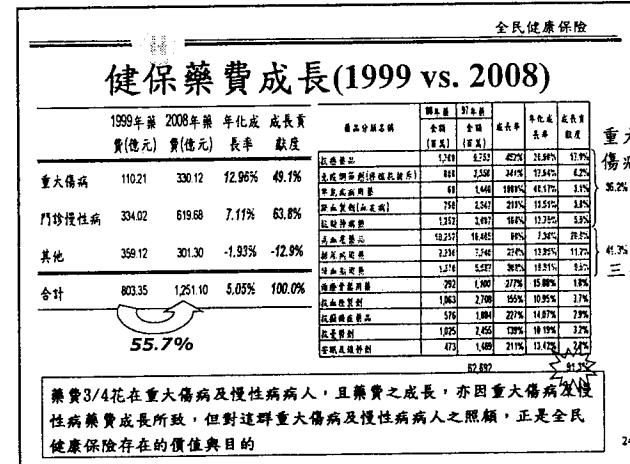
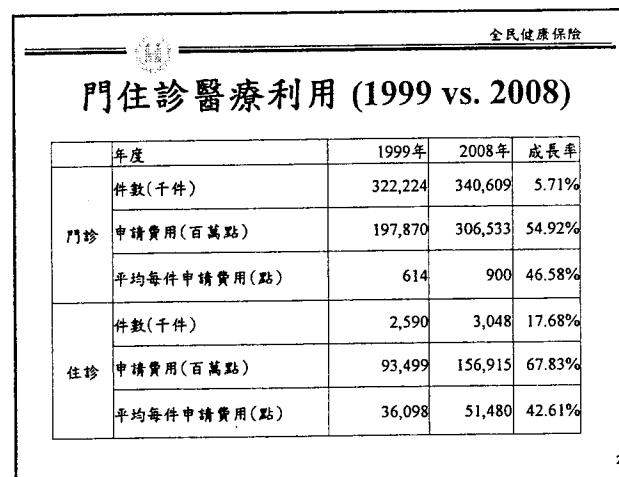
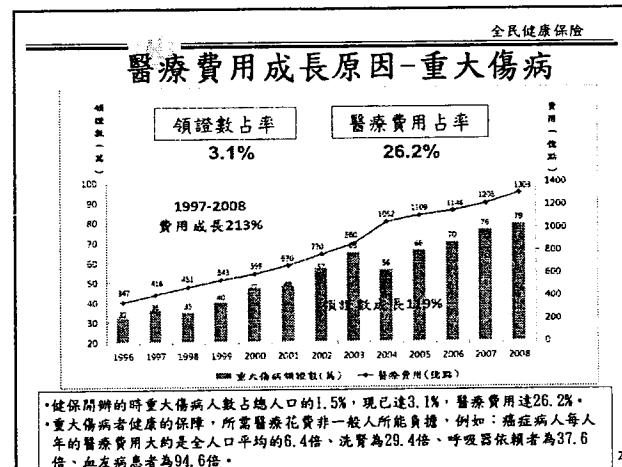
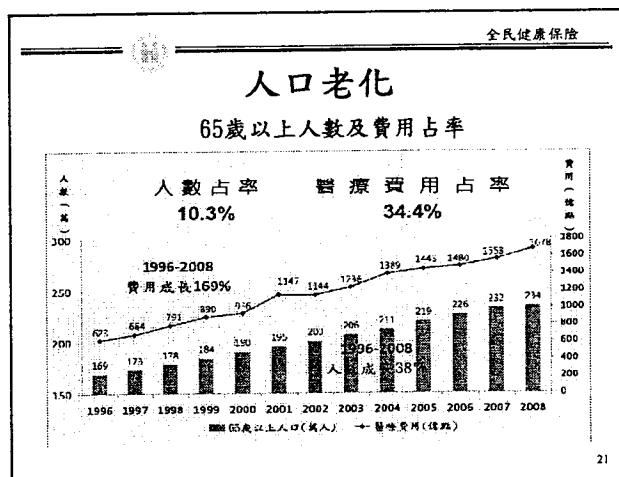
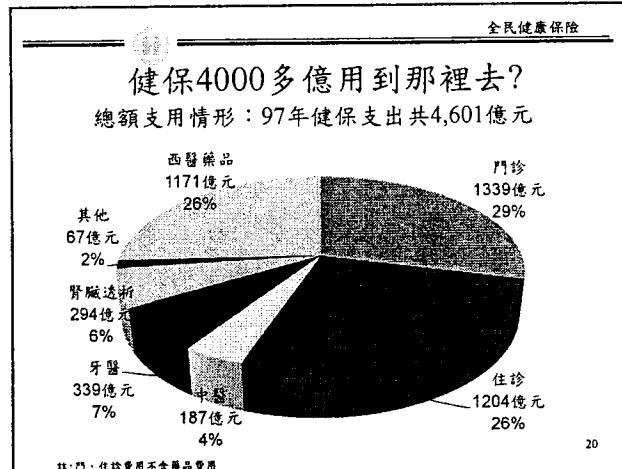
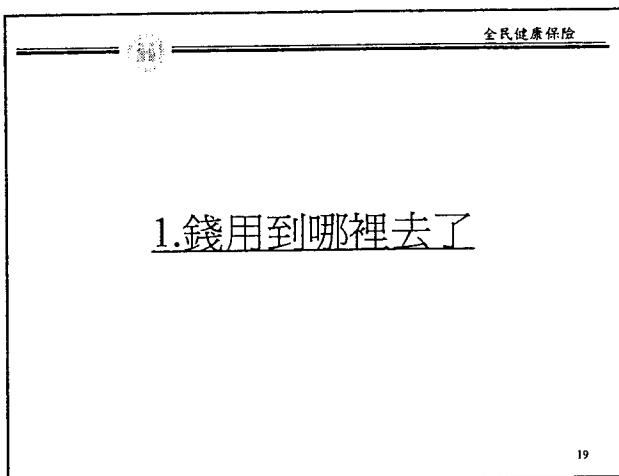
◆ 重大傷病人口占3.17%，使用醫療費用26.2%

類別	97全年醫療費用(點)	平均值倍數
全國每人平均	21,700	1
每癌症患者	134,775	6.21
每洗腎患者	599,635	27.63
每呼吸器患者	737,090	33.97
每血友病患者	2,479,743	114.27

資料來源: 97年健保統計資料、資料倉儲明細清單與重大傷病領證檔

6





全民健康保險

新藥納入健保給付情形(1996-2008)

- 共670品項新藥納入健保給付。
- 97年新藥申報金額約362億元，花費較高之6類藥品共支出118.6億元，占33%。

新藥品項	97年申報藥費
癌症治療標靶藥物	62億元
B型及C型肝炎用藥	10億元
罕見疾病用藥	14億元
抗精神分裂症藥物及抗憂鬱劑	21億元
類風濕性關節炎免疫調節製劑	8.6億元
阿茲海默氏症用藥	3億元

25

全民健康保險

健保支付標準修正情形(1996-2009)

- 主要調整之支付項目：住院、急重症醫療、外科、婦產科、小兒科、新科技項目(如肝、肺移植手術)、山地離島醫療加成給付、提升醫藥品質試辦計畫(如糖尿病、氣喘、乳癌等醫療給付改善方案)。
- 調整支付標準增加之支出金額，累積超過300億元。

年	增加點數(億點)	年	增加點數(億點)
1996	40	2003	32
1997	55	2004	63
1998	47	2005	9
1999	4	2006	-47
2000	0.4	2007	1.4
2001	45	2008	37.6
2002	14	2009.9	12.6
合計			314 億點

26

全民健康保險

2.過去了做了什麼

27

全民健康保險

歷年開源節流成效

開源

- 中斷投保開單
- 投保金額查核
- 代位求償
- 公益彩券
- 慈捐
- 提高投保金額上限
- 調高軍公教全薪投保金額
- 配合基本工資調升投保金額
- 公務預算支應
 - 預防保健
 - 法定傳染病
 - 教學成本

增加
3000 億

節流

- 高診次就醫民眾輔導
- 藥價調整
- 違規查核追回費用
- 醫療審查檢核

節約
1500 億

總額控制

- 87.7.牙醫
- 89.7.中醫
- 90.7.西醫基層
- 91.7.醫院

成長率
5% 以下

28

全民健康保險

地方政府欠費處理情形

財務影響

- 地方政府健保欠費，均已列入應收款，並不影響健保財務缺口。
- 影響所及僅是健保局必須向銀行融資以支付醫療費用，其融資利息是由欠費地方政府分擔，不會增加健保財務短絀，對民眾之權益亦無影響。

欠費處理

- 除積極催討欠費，為確保債權，已將台北市、高雄市及台北縣等欠費政府移送強制執行並查封土地。

協商還款

- 欠費地方政府均已提出欠費還款計畫，而且截至目前，除直轄市政府外，其餘欠費政府已全部還清欠款。

29

全民健康保險

地方政府欠費未來處理方向

處理舊欠

- 行政院基於政府一體之理念，對地方政府因負擔健保費補助款造成之財政困難，已介入協調並給予協助。
- 積極協調台北市、高雄市及台北縣等欠費政府落實還款計畫。

修法

- 為徹底解決健保欠費問題，行政院院會98年底已通過全民健康保險法部分條文修正草案，將各直轄市、縣(市)政府應負擔的健保費補助款，統一改由中央政府負擔，杜絕爭議。

30

全民健康保險

強化健保IC卡效能

> IC卡資料登錄

- 避免重複用藥及檢查：健保IC卡除可登錄最近6次就診之日期、院所、診斷及最近60項之用藥外，尚有檢查或處置（手術）紀錄，可提供醫師診療參考，避免病人於不同院所之重複領藥，或有產生藥物之交互、拮抗作用情形或接受非必要之放射線或化學物質之暴露，有助於提升病人安全。

> IC卡資料上傳

- 院所：
 - 即時查核院所虛浮報
 - 積極效益：98年IC卡稽核專案預計查處追扣金額為2.9億元。
- 民眾：
 - 即時進行高診次病患輔導：實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，本局每個月針對上月健保IC卡上傳門診就醫次數≥20次之個案即時進行輔導，達到有效掌控醫療浪費情形。
 - 成效：97年全年節省約2億元。

> 為增加院所登錄及讀取IC卡資料之使用，未來將針對65歲以上民眾優先換發二代IC卡。

31

全民健康保險

查核與輔導

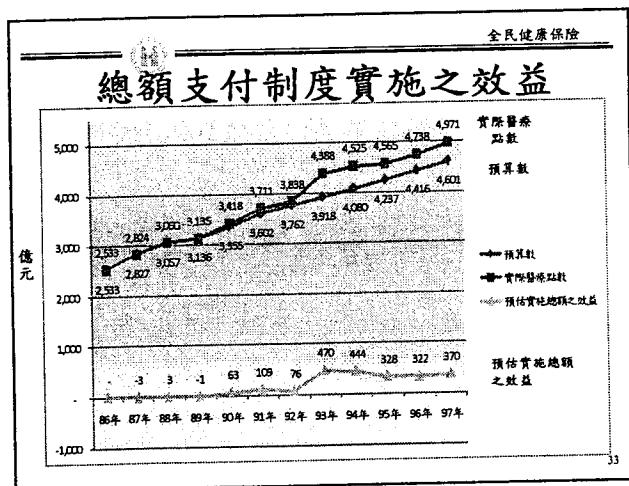
◆ 院所：

- 即時查核院所虛浮報
- 效益：98年1-11月追扣金額約為3.2億元

◆ 民眾：

- 即時進行高診次病患輔導：針對上個月門診就醫次數≥20次之民眾即時輔導，達到有效掌控醫療浪費情形，全年節省約2億元。
- 藥事人員居家照護：針對門診高利用及高用藥保險對象輔導，提升用藥安全及有效利用醫療資源，降低醫療支出。
- 整合性照護計畫：提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置。

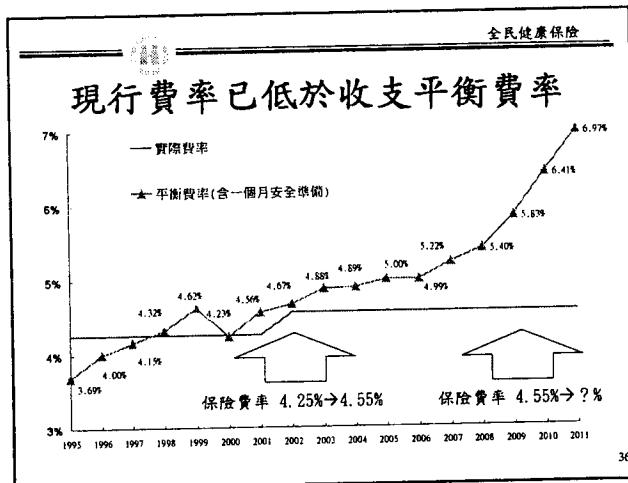
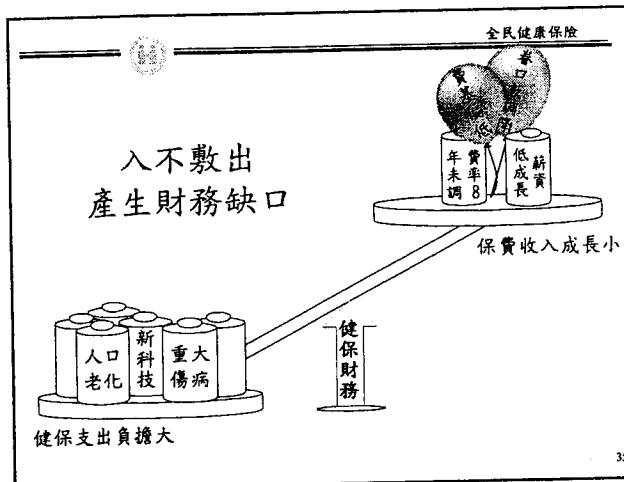
32



全民健康保險

3.未來要做什麼

34



全民健康保險

費率調整之法律依據與時機

法律依據	調整時機
<ul style="list-style-type: none"> 依精算結果，本保險之安全準備降至最低限額者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之—健保法第20條 本保險安全準備總額低於一個月保險給付總額，應調整保險費率—健保法第67條 	<ul style="list-style-type: none"> 按88年精算報告，至89年底止，安全準備便將低於一個月之醫療費用 自90年12月起，本保險安全準備餘額已低於一個月醫療費用 自96年3月底安全準備呈現負數 早已達應調整費率之法定要件

37

全民健康保險

精算未來5年之平衡費率

➤ 法定最低平衡費率：5.65%

- ◆ 假設自99年1月1日起調整保險費率
- ◆ 維持未來5年(99至103年)財務平衡
- ◆ 維持一個月安全準備
- ◆ 不搭配其他調整方案

➤ 與現行保險費率4.55%相差幅度達24.18%，已符合全民健康保險法第20條須重行調整費率之規定

38

全民健康保險

短期財務因應措施

策略	方法
解決地方政府欠款	<ul style="list-style-type: none"> 依法積極追討 修法改由中央負擔
拉大投保金額上下限級距	<ul style="list-style-type: none"> 修訂投保金額分級表 上限由13萬1千調至21萬2千
推動重點修法	<ul style="list-style-type: none"> 監理費協合一，收支連動 中央統籌負擔保險費補助 改善返國就醫公平性
調整保險費率	<ul style="list-style-type: none"> 以年度收支平衡調整費率 配合年度總額年年檢討費率 地區人口保險費併同調整
主動溝通、積極回應	

39

全民健康保險

長期財務因應措施

目標	策略
導入公平合理的財務制度	<ul style="list-style-type: none"> 擴大保費之計費基礎，改以家庭總所得或個人總所得計收保險費 落實收支連動的機制
提供適切品質、高效率的醫療服務	<ul style="list-style-type: none"> 落實整合性醫療服務 實施住院支付制度改革 品質資訊公開 收費資訊公開

Health for All

40

全民健康保險

全民健保面對的挑戰Ⅱ—持續支付制度改革

41

全民健康保險

目標

- 確保就醫可近性，但抑制不必要的醫療利用
- 維持應有的醫療品質，並提升醫療給付的效率
- 透過支付制度誘導醫療提供的正向發展

42

全民健康保險

1.導入DRG支付制度

43

全民健康保險

逐步導入住院DRGs支付制度(一)

The diagram shows a flow from '住院' (Hospitalization) to 'DRG支付制度' (DRG Payment System), which is then connected to '醫院' (Hospital). To the right, there are two boxes: one for '獲得較好的照護品質與療效' (Achieve better care quality and effectiveness) and another for '減少不必要的住院日數及感染機會' (Reduce unnecessary hospital days and infection opportunities). Below these is a box stating: '總額不變、預算中平
經醫療費用協定委員會協定
年度醫院總額預算不變' (Total amount unchanged, budget remains flat
Agreed by the Medical Care Cost Control Committee
Annual hospital total budget remains unchanged).

44

全民健康保險

逐步導入住院DRGs支付制度(二)

- 自99年1月1日起分階實施Tw-DRGs
 - 第1年先行導入115項DRGs
 - 第2年起已暫定導入項目，將視實施情形及評估結果再行導入
- TW-DRGs規劃重點
 - 癌症、血友病、愛滋病及罕見疾病、精神病及住院30日…病患等重症病患，不納入DRGs範圍。
 - 設計基本診療、兒童及CMI等加成項目，反映支付標準支付精神及政策考量。
 - DRGs分類共計1,017項
 - DRGs範圍佔整體住院費用的60.7%
- 第1年導入項目重點
 - 擬病例計酬項目轉換為TW-DRGs支付方式
 - 導入項目約佔整體住院費用的17.4%，佔DRG範圍的28.6%。

45

全民健康保險

2.推動整合性門診計畫

46

全民健康保險

推動整合性門診照護計畫(一)

The diagram shows '門診' (Outpatient) leading to '多重慢性病患' (Multiple Chronic Patients), which then branches into various medical specialties: 心臟科 (Cardiology), 新陳代謝科 (Metabolic Disease), 免疫風濕科 (Rheumatology), 神經內科 (Neurology), 復健科 (Rehabilitation), and 其他科 (Other). Arrows point from these specialties to a central circle containing '減輕病人往返奔波' (Reduce patient travel), '整合照護門診' (Integrated Care Outpatient), '一次掛號' (One挂号), '多科共同照護' (Multi-disciplinary Care), '減少重複用藥及檢查' (Reduce redundant medication and examinations), '提升用藥安全及品質' (Improve medication safety and quality), and '一次部分負擔' (Partial burden sharing).

47

全民健康保險

推動整合性門診照護計畫(二)

分期導入，階段達成目標

The diagram illustrates the three phases of implementation: 階段一：院內整合照護 (Phase One: In-hospital integrated care), 階段二：跨院垂直整合 (Phase Two: Cross-hospital vertical integration), and 階段三：上下游接軌雙向照護 (Phase Three: Upstream-downstream linkage bidirectional care). Arrows indicate the progression between these stages.

階段一：98-99年，重點在於院內或整合團隊忠誠病人照護之整合。
階段二：100-101年，重點在於跨醫院之間之整合照護。
階段三：102年以後，重點在於與基層醫療院所整合。

忠誠病人：個別醫院97年門診就醫病人，該病人於院內門診就醫次數占其97年總門診就醫次數50%以上(含)

48

推動醫療給付改善方案

➤ 參加對象：

- 糖尿病：由92年7.9萬人，增至97年19.1萬人
 - 氣喘：由92年3.1萬人，增至97年12.0萬人
 - 乳癌：由92年0.2萬人，增至97年1.0萬人
 - 高血壓：47%患者血壓值顯著改善
- 99年新增「精神分裂症」及「孕產婦照護品質確保及諮詢服務」論質方案，並針對其他慢性疾病研議新論質方案。

49

呼吸器依賴患者試辦計畫支付標準

- 全面登錄納入管理
- 統一支付標準
- 修訂設置基準更符合臨床照護需求
- 修訂居家照護階段收案標準，將疾病早期未使用侵襲性呼吸器之ALS(漸凍人)患者納入計畫。
- 將居家照護階段支付範圍由「居家」開放至健保特約護理機構「護理之家」。

50

3.加強利用監控與審查

51

利用資訊科技，提升審查效率

◆ 實施內容

- 建置檔案分析資訊系統
- 發展醫令自動化審查
- 發展檔案分析審查異常不予支付指標
- 資訊回饋醫療院所自我管理
- 編修醫療費用審查注意事項

◆ 成效

- 醫療審核減點數：95-97年平均年核減133億點，除可提升點值，亦提醒被核減之醫療院所應減少不必要之醫療服務並改善醫療品質。 52

重複就診、檢驗檢查及處方 之監測機制

- 發展檔案分析系統，建立醫療院所監測及輔導模式：
- 檢核「同疾病同日重複就診率」、「電腦斷層造影90日內重複執行率」、「同藥理分類不同處方用藥日數重複率」、降血壓、降血糖、降血脂等藥物之用藥日數重複率等。
- 整體而言，不論基層診所或醫院自94年以來，大多呈現逐漸下降之趨勢，部分項目並已列入總額品質確保方案中監控及檢討。
- 因臨床上重複用藥及檢查是否為疾病治療所需，需由臨床專業醫師依個案情形判斷，故不宜以重複率之消長直接計算為浪費。

53

發展檔案分析審查異常不予支付指標

■ 目的：

導正異常/違規之醫療行為，降低不必要/不當之醫療處、置檢驗、檢查及用藥，提升審查效率。

■ 作法：

以資訊系統對醫療院所申報資料進行分析，並針對各指標值設定閾值，就異常部分，進行核減不予支付，以促進院所注重就醫安全及確保醫療品質。

■ 成效：

截至98年3月底，醫院總額部門公告實施23項，西醫基層總額部門公告實施22項，中醫總額部門公告實施2項計，牙醫總額部門1項，公告實施48項不予支付指標。

54

醫療服務審查—未來方向

• TW-DRGs制度下審查制度之改變

- 減少審查爭議、尊重醫界合理意見

- 審查尺度齊一、減少專業認定差異

- 修正「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」部分條文
- 增訂「第二部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項」
- 開發Tw-DRGs案件審查參考表，審查醫師須依項目審查，並載明核減理由。

• 運用資訊科技提升審查效率

- 持續發展檔案分析技術，達到有效重點管理

- 持續推展電腦審查作業

- 配合電子病歷推動，運用電子病歷於審查作業

55

全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫

➤ **輔導對象:**前一年門診申報就醫次數 ≥ 150 次者、前一季門診申報就醫次數 ≥ 50 次者，及每月IC卡上傳門診就醫次數 ≥ 20 次者

➤ **輔導方式:**

- 積極宣導
- 親訪或電訪及郵寄慰問函
- 限制換卡地點
- 審查醫師針對保險對象就醫次數合理性及治療之適當性回饋院所及加強院所審查
- 審查醫師及家庭醫師配合至個案家中進行訪視，提供必要協助
- 結合多元社會資源
- 輔導未達下降目標，指定就醫

56

4.改善藥價差

57

我國藥品支付制度

• 論量計酬fee for services

- 保險醫事服務機構依據藥價基準申報其所提供之藥品費用(reimbursement price)。

- 正面表列且全國統一價格

• 日劑藥費△診所及藥局、中藥

• 論病例計酬(DRGs)

- 健保法保障藥品以成本計價，不受總額浮動點值影響

58

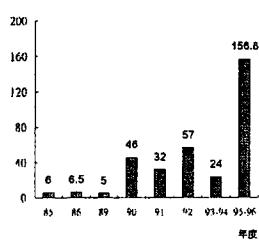
減少藥價差

➤ 健保局多年來持續依藥價基準規定辦理藥價調整作業，縮小藥價差距。

➤ 自85年至96年，共調降約300億元之藥品費用。

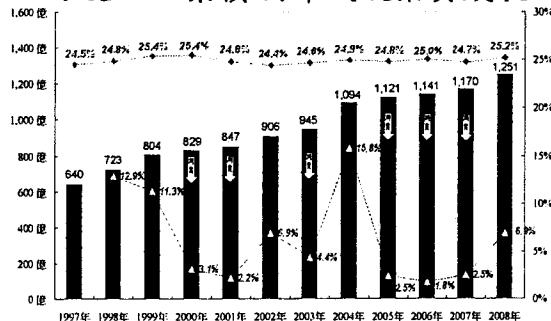
➤ 藥價調降之費用，用於加速新藥收載及給付，以及調整支付標準偏低之項目，提升醫療品質。

85-98年藥價調降
(億元)



59

效益1：藥價調降減緩藥費成長



60

效益2：提升民眾對新藥之可近性

新藥收載年	品項數	2008年金額(億元)
1999	42	18.3
2000	36	41.5
2001	73	66.2
2002	56	43.0
2003	50	24.7
2004	82	55.0
2005	37	24.0
2006	38	19.6
2007	51	12.7
2008	63	1.2
小計	528	306.4

- 科技進步不斷研發新藥，要得到更好的健康照護，新藥的使用是必要的。
- 健保自1999年至2008年10年間，共收載給付528項新藥(平均每年約50項新藥)：癌症標靶藥物(已收載11種成分)、老年癡呆症、多重器官衰竭之重度敗血症、罕見疾病(如肺動脈高壓、黏多醣症及龐貝氏症等)、BC肝抗病毒、新一代精神疾病、抗生素、糖尿病、高血壓、高血脂及骨質疏鬆等藥物。

61

效益3： 放寬用藥給付，減少民眾自費醫療

- 對實證醫學證明有效因財務考量限縮給付規定之藥品，給予放寬給付規定或延長給付時間。
- 2008年計放寬癌症、抗生素、注意力不全過動症等約20項給付規定。
- 2009年10月1日生效之第6次年度藥價調整，配套放寬：
 - 癌症治療用藥：標靶治療、癌症化學輔助療法藥物
 - B型及C型肝炎治療用藥
 - 降血脂藥品

62

結語

- 健保架構尚稱完整，表現亦佳。
- 健保財務問題，需在政治面取得妥協。
- 支付制度影響醫療體系發展需謹慎。
- 天下沒有完善的制度，只有不斷的改革。

63

謝謝聆聽
敬請指教

