



# 全民健保概述

報告者：蘇瑞勇

報告日期：2023年3月10日



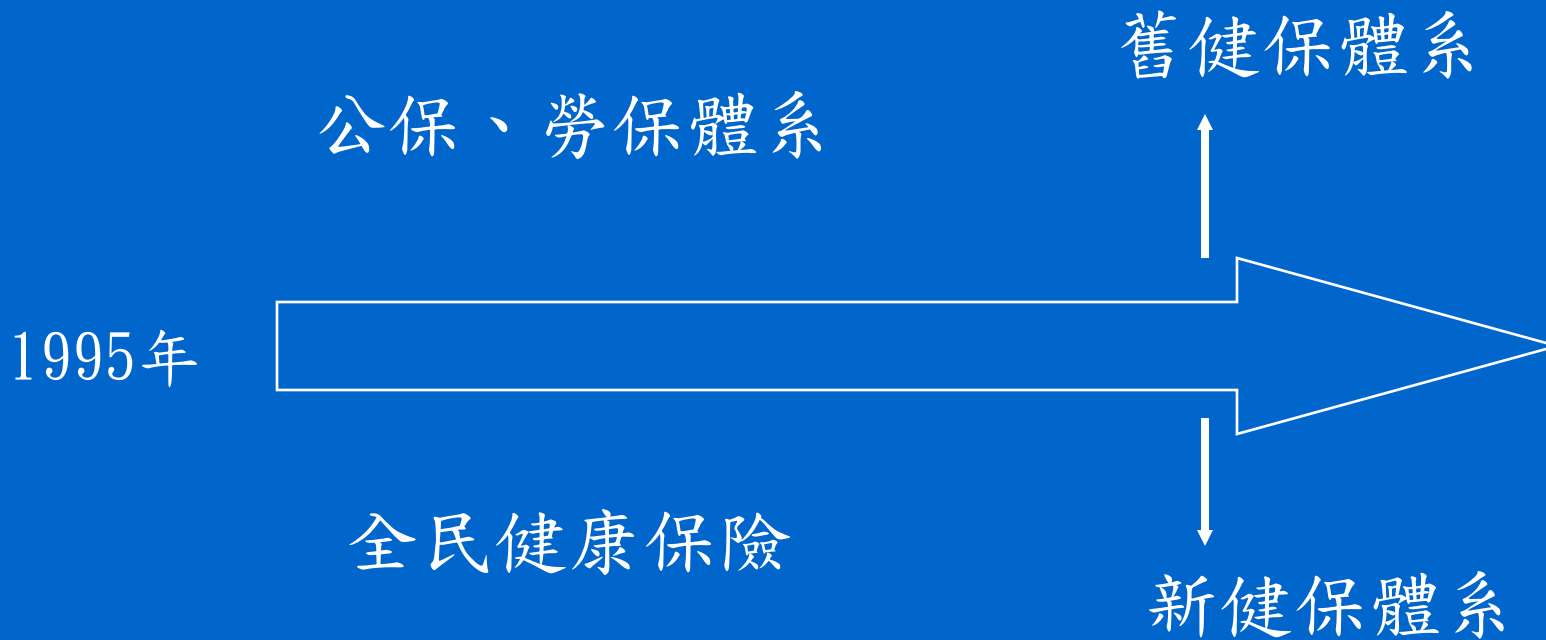
高雄市立聯合醫院

# 大綱

- 台灣健保制度的回顧
- 台灣全民健保的特色
- 全民健保的醫療支付制度
- 全民健保的影響
- 未來的發展：二代健保



# 台灣健保制度之分野



# 舊健保體系

- 1950年3月：台灣省政府頒訂「台灣省勞工保險法」開辦勞工保險（勞保）
- 1958：開辦公務人員保險
- 1965：開辦退休公務人員保險
- 1980：開辦私校教職員保險
- 1982：開辦公務人員眷屬疾病保險
- 1984：開辦退休公教人員及眷屬疾病保險
- 1985：試辦農保健康保險
- 1989：正式開辦農保健康保險
- 1989：辦理地方民意代表、村里鄰長健康保險（民保）
- 1990：低收入戶健康保險（福保）

（公保）

（農保）



# 舊健保體系的缺失

- 缺乏「部分負擔」設計，致使被保險人缺乏成本意識，導致醫療使用率偏高。
- 舊健保的「就醫憑證」，易造成醫師與病患勾結舞弊。
- 病患享有就醫自由，同時「同病不同酬」，導致病患湧向大型醫院，影響醫療體系的平衡發展。
- 「福利」與「保險」混同不清，保費偏低，影響健保體系財務結構的健全。
- 舊健保已納入大部分青壯人口，但同時又有約43%的人口無保險的矛盾現象。



# 全民健保制度的規劃

- 1988：行政院責成經建會開始全民健保規劃
- 1990：經建會聘美國哈佛大學蕭慶倫教授為總顧問，國內楊志良、江東亮、吳凱勳、羅紀瓊等規劃健保藍圖，完竣第一期報告。
- 1990：第二期規劃工作轉由衛生署接辦。
- 1995年3月1日正式實施



# 台灣全民健保的基本目標 (Policy goals)

- 讓全國民眾皆有平等就醫機會，以促進國民健康。
- 係醫療費用控制在合理（或社會可負擔）的範圍內。
- 確保醫療品質與醫療資源使用的效率。



# 台灣全民健保的特征

- 全民強制納保：可達到風險分擔（risk sharing）的原則，有助於發揮社會同舟共濟的精神。
- 提供綜合性的醫療服務。
- 採單一保險，統一付費制度，形成獨買獨賣。
- 實施部分負擔，但對於重大傷病患者，低收入戶及偏遠與離島地區居民則享有免部分負擔的優惠。





- 
- 
- 

# 全民健保的支付制度



# 論量計酬（Fee for service， FFS）

- 醫療提供者根據所提供的醫療服務項目，逐項收費。
- 最傳統、最常見的支付制度。
- 無財務限制，做得多，領得多→擴充規模，重覆檢查。
- 醫療提供者享有醫療決策主導權



# 論量計酬的缺點

醫療提供者享有最大得決策權，所以易追求利潤極大化（Profit maximization），甚至誘導病患需求（induced demand），造成道德危害（moral hazard）。導致

- \* 提供過多的服務量

- \* 缺乏控制成本的誘因



## 論病例計酬(Per case,case payment)

- 以每次病症或住院人次為支付單位，不論住院日數長短，以一固定金額支付醫療提供者。
- 可使醫療提供者承擔醫療財務風險，以減少不必要的醫療服務項目及縮短住院日數。
- 類似美國DRGs(Diagnosis relative groups)



## 論病例計酬的影響：

- 醫療提供者可傾向提供較有利的治療程序，以取得較大的利潤。
- 醫療提供者較有控制成本的誘因。
- 提供成本的過程中，可能影響醫療品質。



## 論日計酬(Per Diem)

- 主要應用於住院服務，按日計費。(日間病房)
- 由於每日的支付金額固定，醫療提供者需承擔部分風險。
- 採論日計酬，醫療提供者會有提升住院日數的經濟誘因。



# 論人計酬(Per capita , capitation)

- 保險人在特定時間內(一般一年)，以每一位被保險人為單位，支付醫療提供者一固定金額，而醫療提供者則於此一期間內提供被保險人在契約範圍內所需的醫療服務。
- 由醫療提供者共同承擔醫療的財務風險。
- 包醫制→重視預防醫學
- 「你的健康，就是我的快樂」



# 論人計酬的影響

- 風險篩選 (Risk selection)：柿子挑軟的吃，選擇低風險被保險人，防止高風險被保險人，降低財務風險，增長利潤。
- 醫療服務提供不足(under use)
  - ◎ 轉診率增長
  - ◎ 等待時間增長(Waiting list)





# 總額預算支付制度(Global budget)

- 保險相關團體在年度開始前預先針對某類醫療服務之醫療費用，以協商方式訂定一段期間(一般一年)內支付之總金額，再由上而下的方式分配費用，以達到財務平衡。
- 一塊大餅丟給你，排排坐，吃果果。



# 總額預算的類型

- 支出上限制(Expenditure Cap)：  
醫療服務支付以相對點數反應各項服務之相對成本，每點金額採回溯性，當服務量超出原先協定之預算時，每點支付金額降低，反之則增長，點值浮動，可精確控制預算。
- 支出目標制(Expenditure Target)：  
當服務量超過目標時，超出部分打折支付，或固定點值支付，以適度反應醫療服務變動成本支出。



## 總額的優點

- 可有效控制預算，不致造成醫療保險財務危機。
- 減少醫療提供者充量，使服務量合理化。
- 可逐漸改善區域間醫療資源分佈不均的現象。
- 發揮同儕制約的效果，減少醫療浪費。
- 保險人介入減少，醫療提供者專業自主性增長。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/007144034063006155>