

# 健保的六大迷思



政大財政

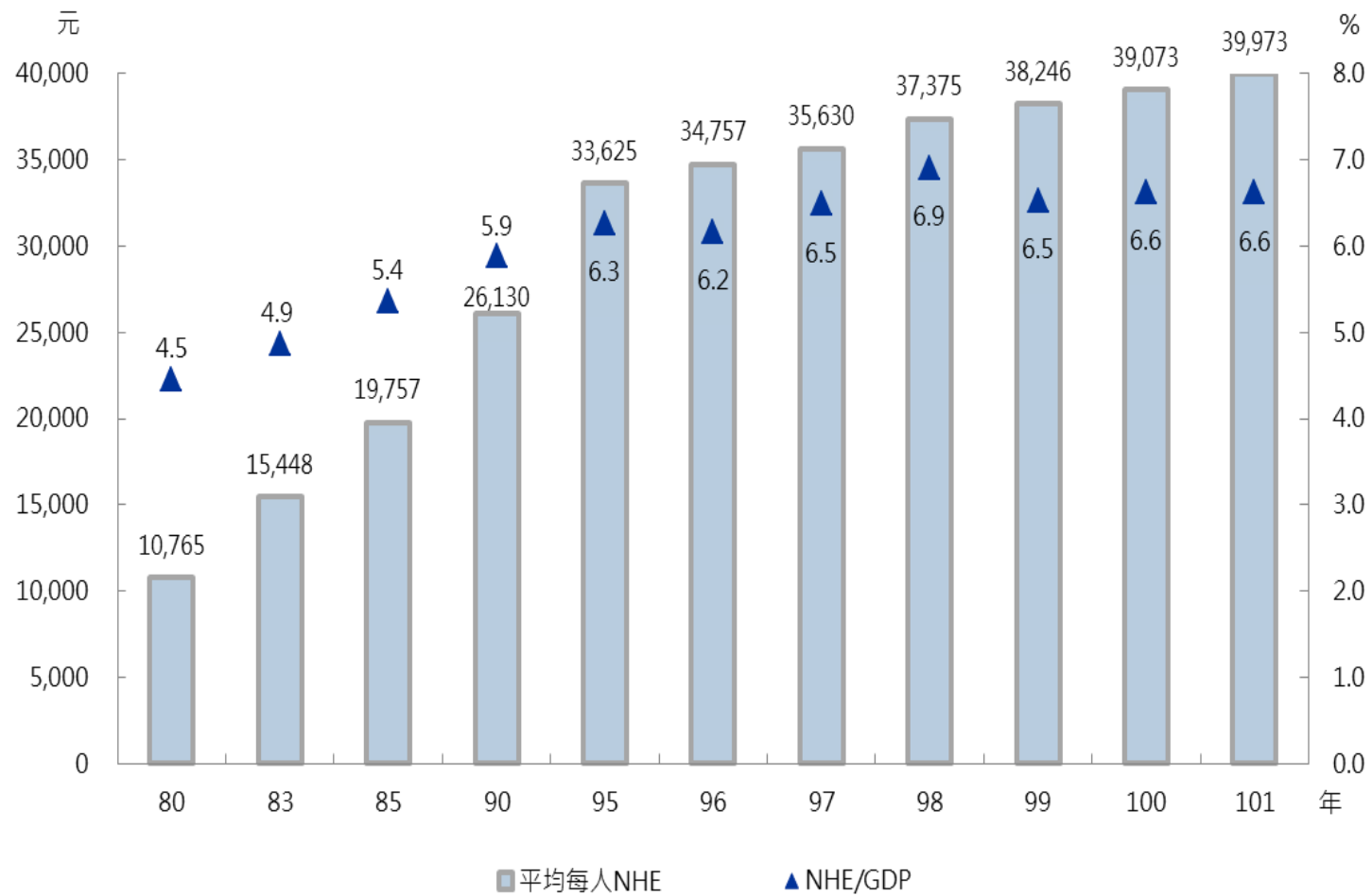
連賢明

## 健康經濟領域優勢

---

- 台灣醫療保健支出約一兆（國民所得6.6%），且長期成長趨勢不變
- 台灣有世界一流的健保資料庫
- 健康經濟學橫跨醫學、公衛、和經濟三個領域，能和不同學科學者討論。

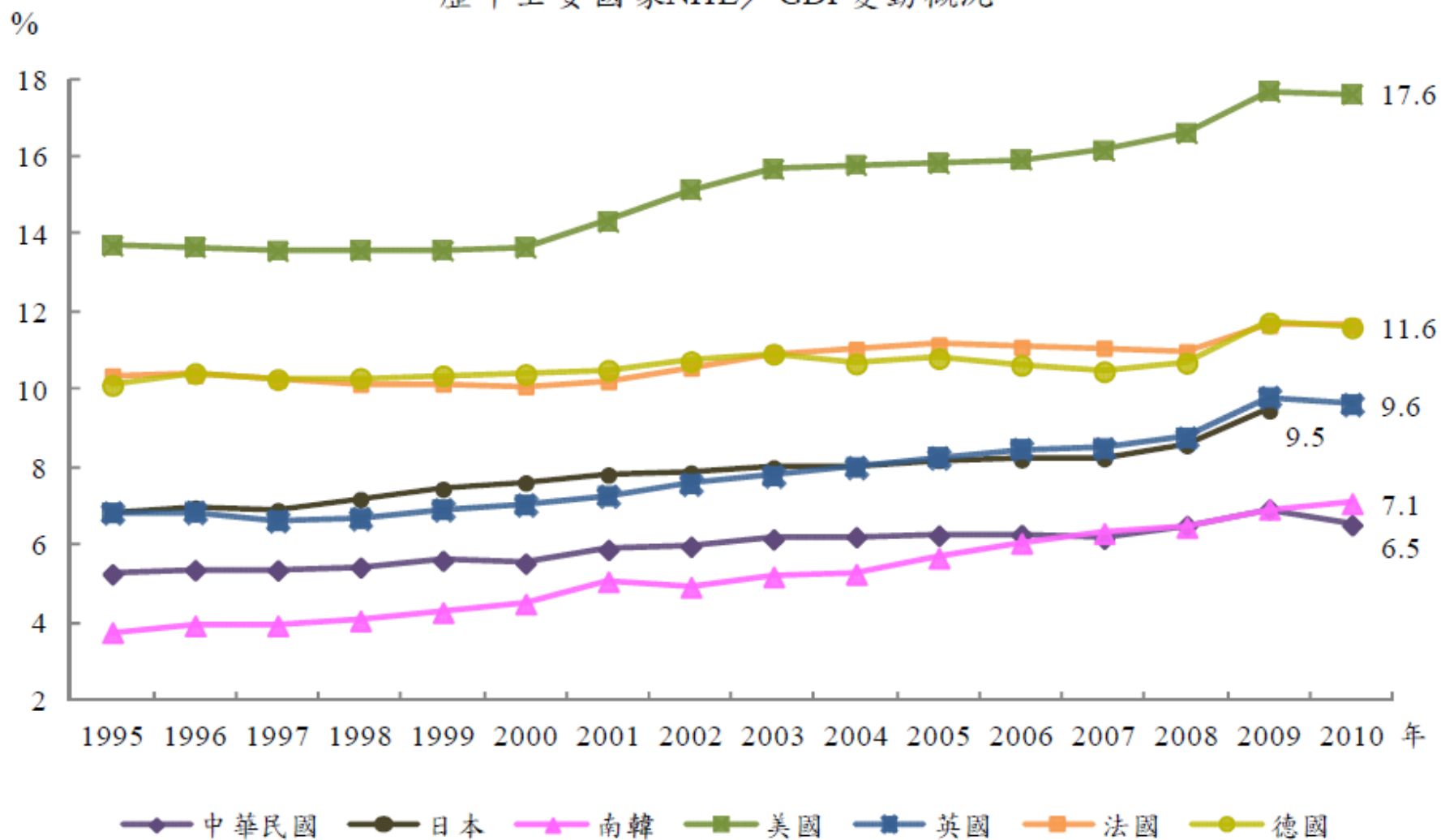
平均每人NHE 及 NHE/GDP



# 主要國家每人 NHE 及 NHE 占 GDP 比例

主要國家 NHE 占 GDP 比呈現小幅上漲趨勢。

歷年主要國家 NHE / GDP 變動概況



# 健保資料庫優點

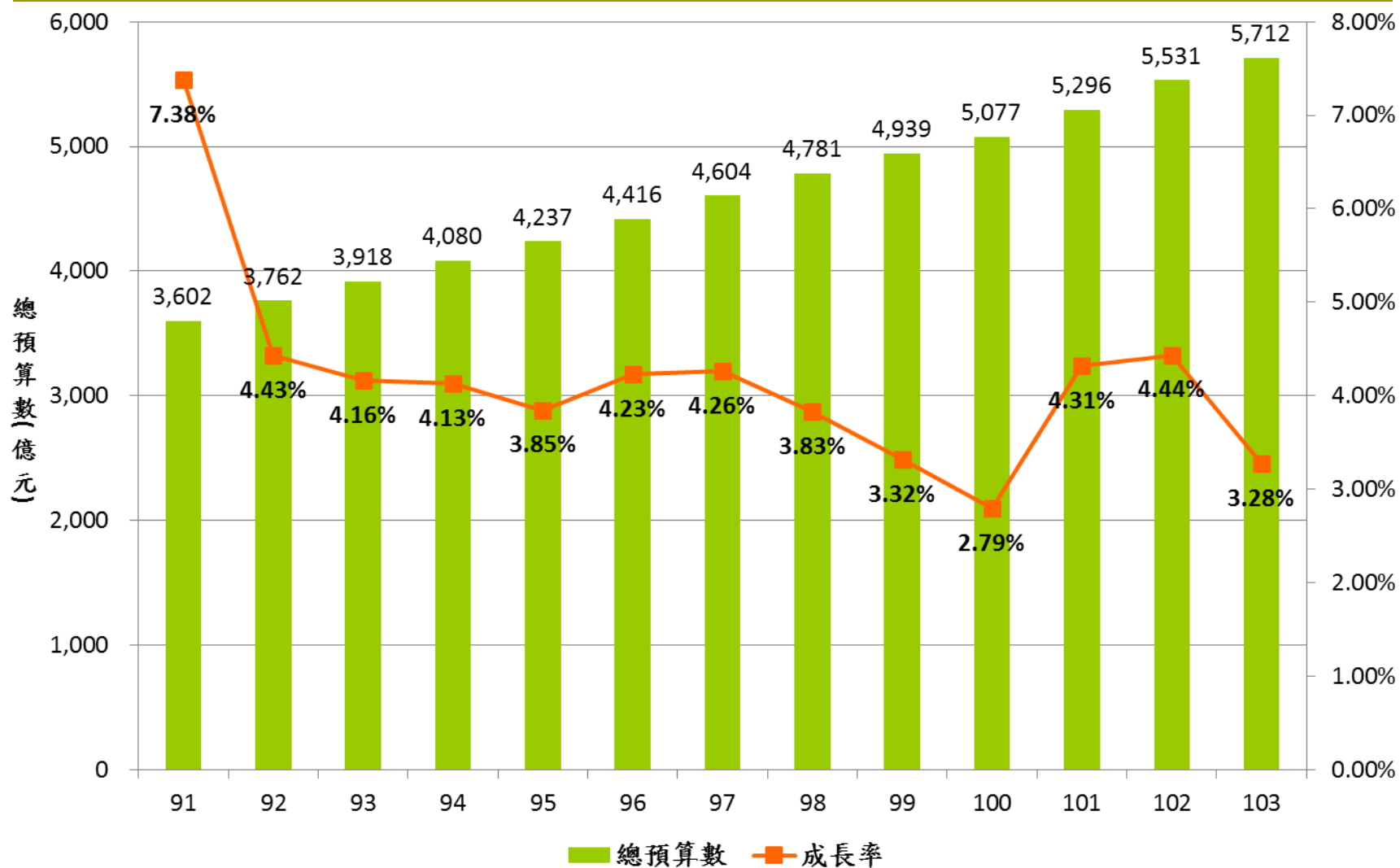
---

- 資料樣本數：2300萬人
- 資料年間：1996-2012年（每年均發行）
- 醫院，醫師，病患有一致代碼
- 醫院，醫師，病患資訊可相互連結
- 台灣目前最大，最完整的Panel Data

---

健保會不會倒？

# 各年度健保費用支出



# 全民健保財務收支概況

截至 100 年底安全準備累計餘額短絀 55 億元。

保險收支及安全準備





# 保險收支餘絀表(權責基礎)

單位：億元

年度季別	保險收入	保險成本	本期保險收支餘絀	截至本期保險收支累計餘絀
96年	3,874	4,012	-138	-126
97年	4,020	4,159	-139	-265
98年	4,031	4,348	-317	-582
99年	4,608	4,423	185	-397
100年	4,924	4,582	342	-55
101年	5,072	4,806	265	210
102年	5,557	5,021	536	746
103年第一季	1,571	1,235	336	1,081
103年第二季	1,210	1,301	-91	990
103年第三季	1,454	1,296	158	1,148

# 健保會不會倒

---

- 全民健康保險法第63條（安全準備之來源）
- 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：
  - 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
  - 二、本保險每年度收支之結餘。
  - 三、保險費滯納金。
  - 四、本保險安全準備所運用之收益。本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

# 健保會不會倒

---

- 全民健康保險法第67條
- 安全準備之提存額度) 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；**超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。**

# 健保會不會倒

---

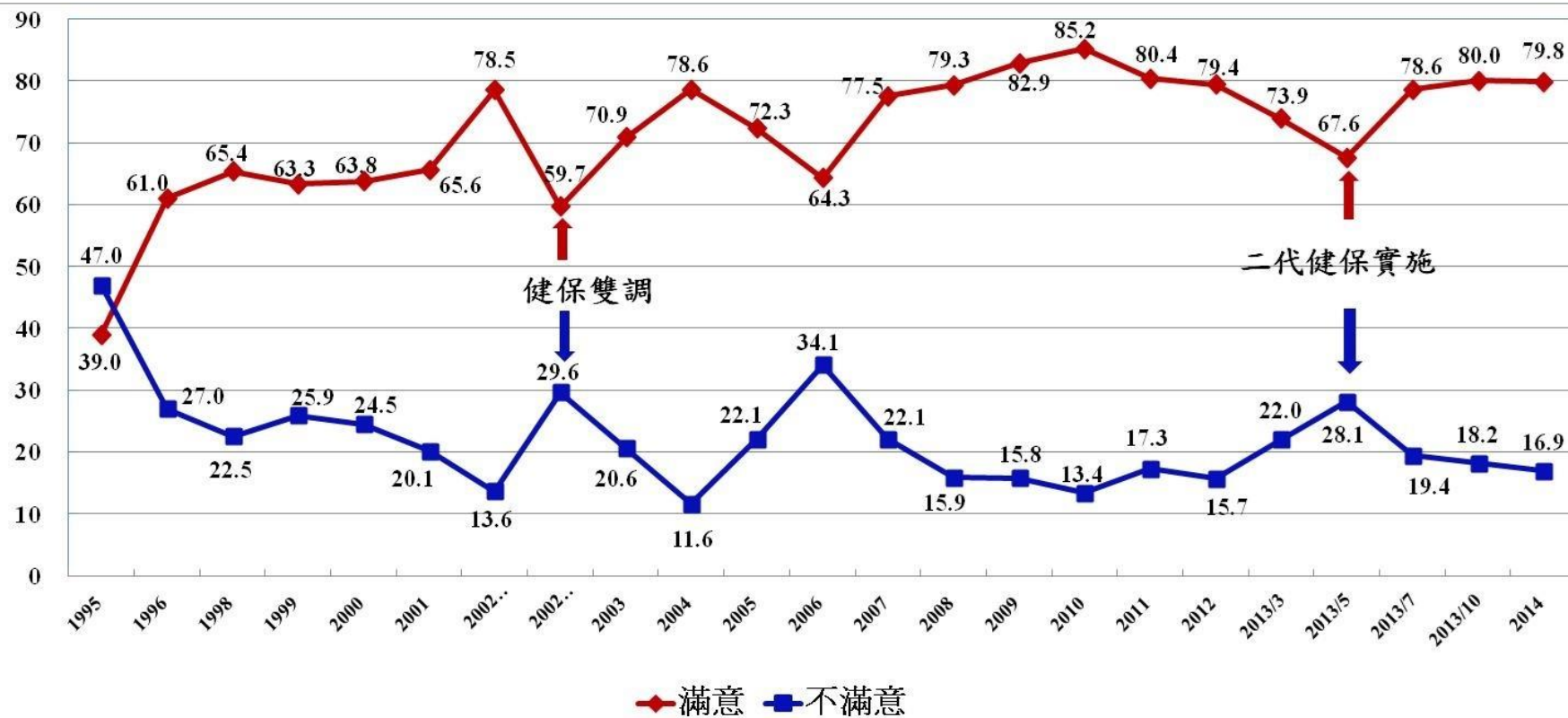
- 全民健康保險法第20條
- 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：
  - 一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。
  - 二、本保險之安全準備降至最低限額者。
  - 三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

# 健保會不會倒

---

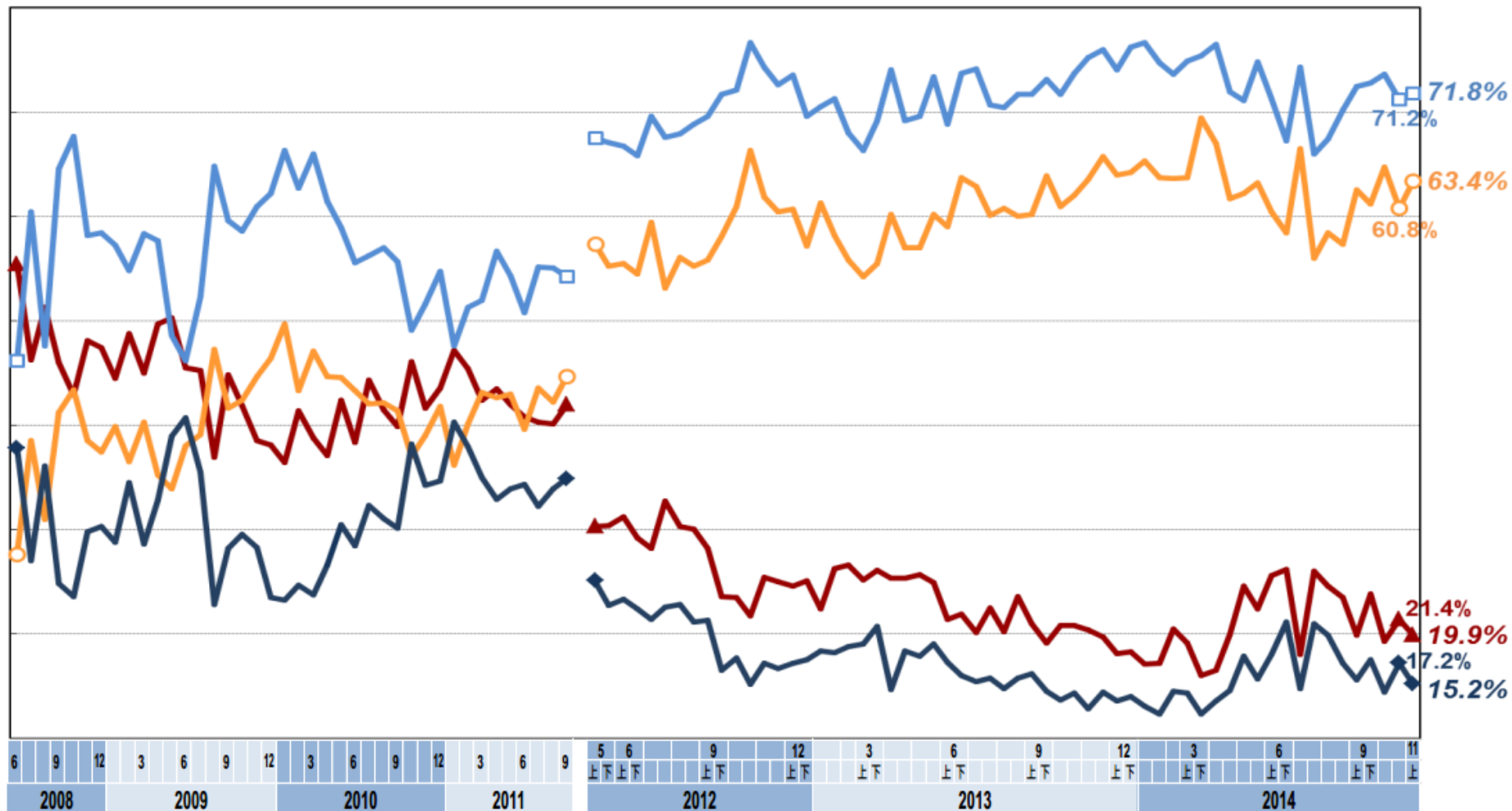
- 健保連年赤字，依據全民健保法早該調整費率
- 2002年費率調漲至4.55%，費率調整後衛生署長下台。
- 2010年，第二次調整健保費率調漲至5.17%。費率調整後衛生署長下台。
- 2011年，二代健保實施，增加補充性保費，將費率調降為4.91%。
  
- 但即使如此，健保還是不會倒。

# 健保會不會倒：超高滿意度



馬總統滿意度及信任度趨勢

信任 不信任 滿意 不滿意



註：2011/9 前於遠見民調執行，資料引自該網站（在總統大選期間宣布轉型與終止相關民調）。

TISR 台灣指標民調

馬總統任內行政院長滿意度趨勢

滿意 不滿意



註：2011/9 前於遠見民調執行，資料引自該網站（在總統大選期間宣布轉型與終止相關民調）。



行政院部會首長 (其中12位)		滿意	不滿意	施政表現 完全無印象
文化部長	龍應台	28.6%	23.4%	41.7%
交通部長	葉匡時	21.2%	34.2%	38.8%
財政部長	張盛和	17.9%	23.5%	53.6%
法務部長	羅瑩雪	15.2%	29.1%	51.2%
經濟部長	杜紫軍	10.0%	25.2%	60.1%
內政部長	陳威仁	9.2%	13.6%	72.4%
環保署長	魏國彥	9.2%	12.8%	74.4%
農委會主委	陳保基	9.1%	19.9%	66.5%
陸委會主委	王郁琦	8.8%	33.1%	53.1%
教育部長	吳思華	8.4%	32.5%	53.3%
勞動部長	陳雄文	8.3%	17.1%	70.3%
衛福部長	蔣丙煌	7.8%	23.0%	64.4%

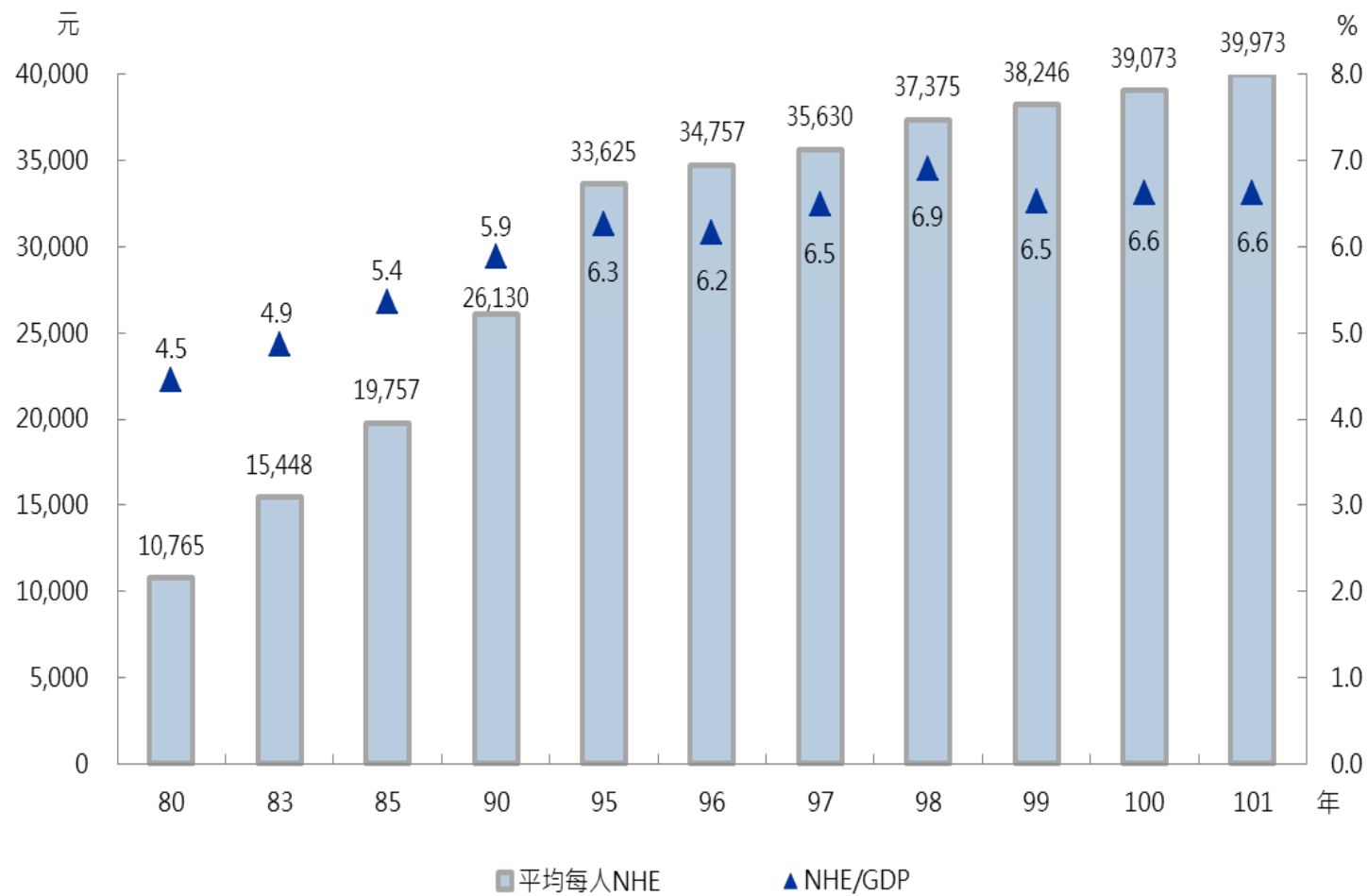
---

□ 只要高鐵不會倒，健保就不會倒。

---

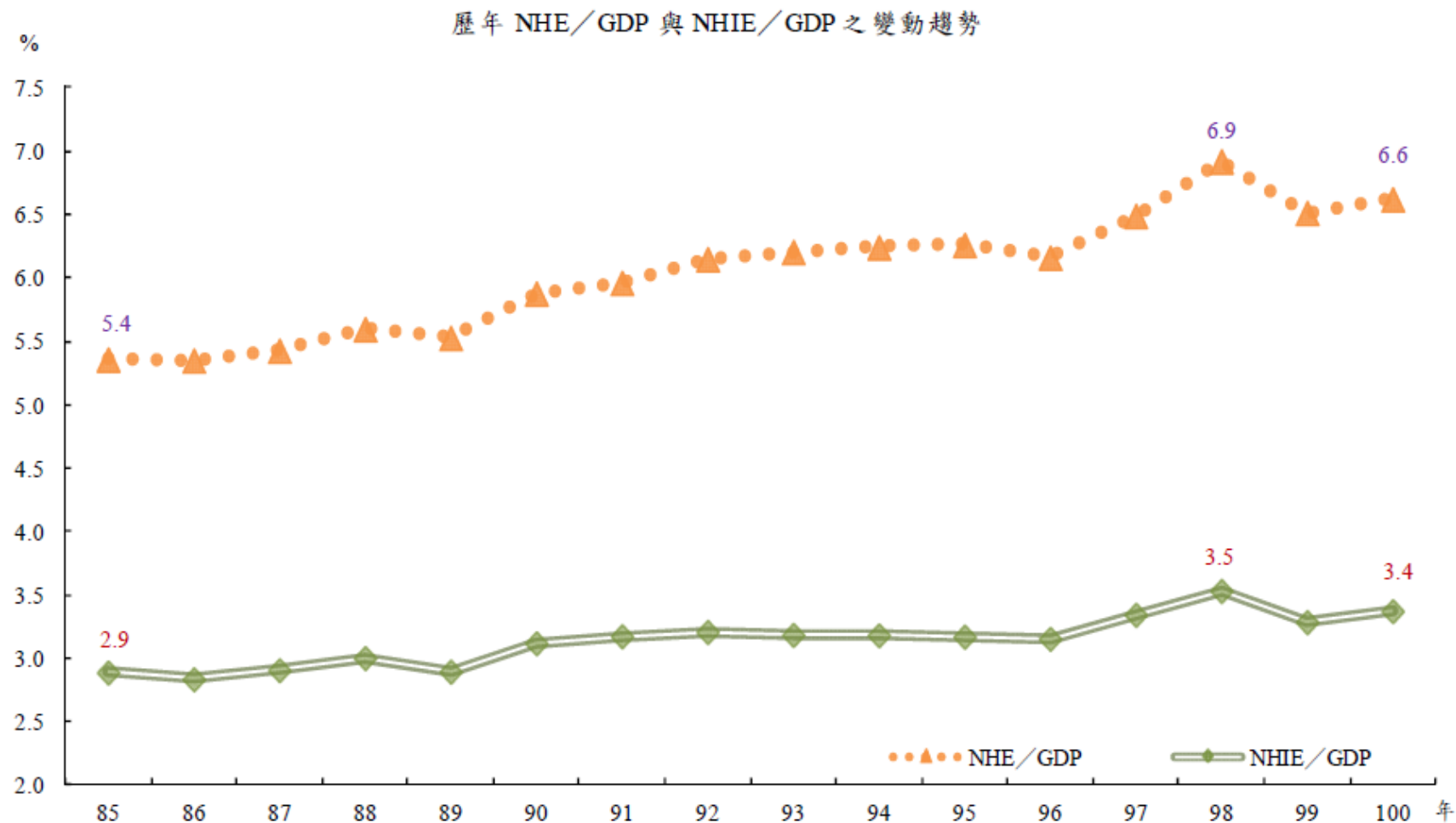
醫療支出成長過快？

平均每人NHE 及 NHE/GDP



# 國民醫療保健支出 (NHE) 與國內生產毛額 (GDP)

100 年 GDP 年增率為 1.0%，NHE 年增率為 2.6%。



註：NHIE為全民健保醫療給付費用及政府補助健保行政經費。

資料來源：2011衛生統計動向

# 醫療支出成長

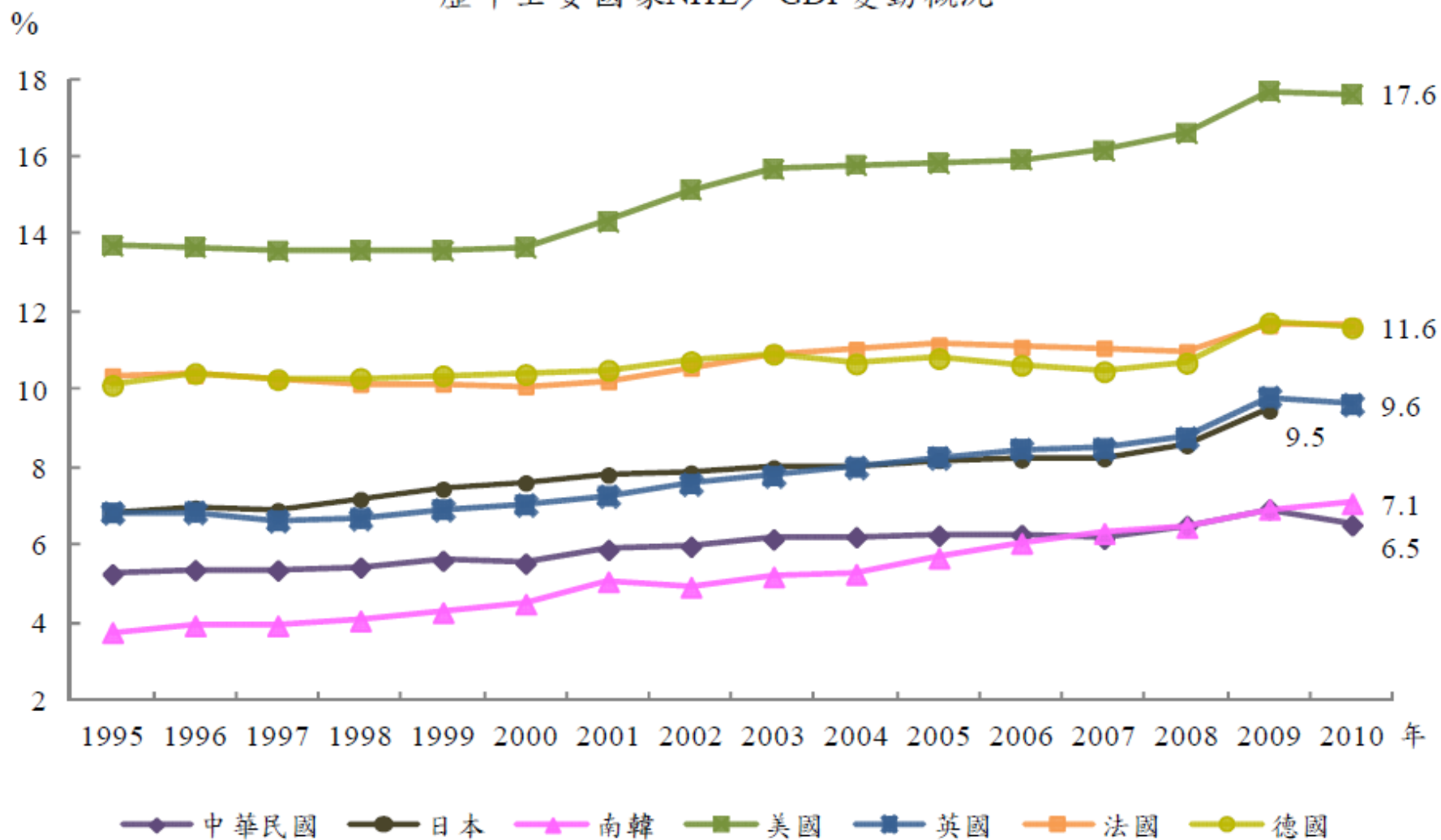
---

- 醫療費用年成長率  $>$  國民生產毛額成長率
- 醫療保健支出佔 GDP 比例長期增加

# 主要國家每人 NHE 及 NHE 占 GDP 比例

主要國家 NHE 占 GDP 比呈現小幅上漲趨勢。

歷年主要國家 NHE / GDP 變動概況







# 國際醫療費用比較

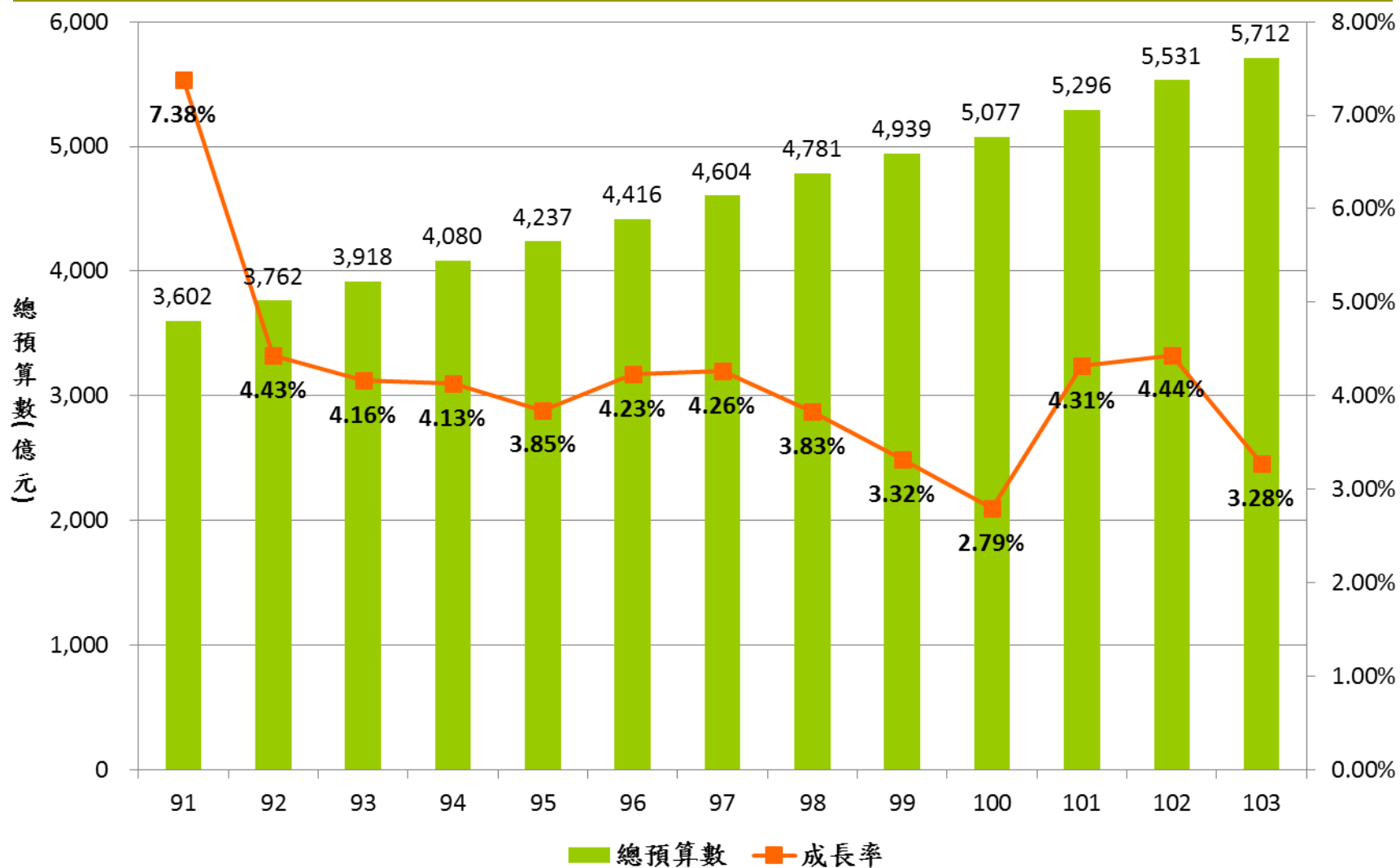
---

- 台灣的NHE穩定成長，2008約為35000。
- 台灣的NHE/GDP也是穩定成長，2008約為6.4%。
- 若以NHE（美金）而論，台灣略高於韓國，但普遍低於OECD國家。
- 國際比較通常使用NHE/GDP，以此標準來看台灣亦偏低。
- 世界各國醫療費用佔GDP的比例穩定上升。

---

健保支出成長快速是因為浪費？

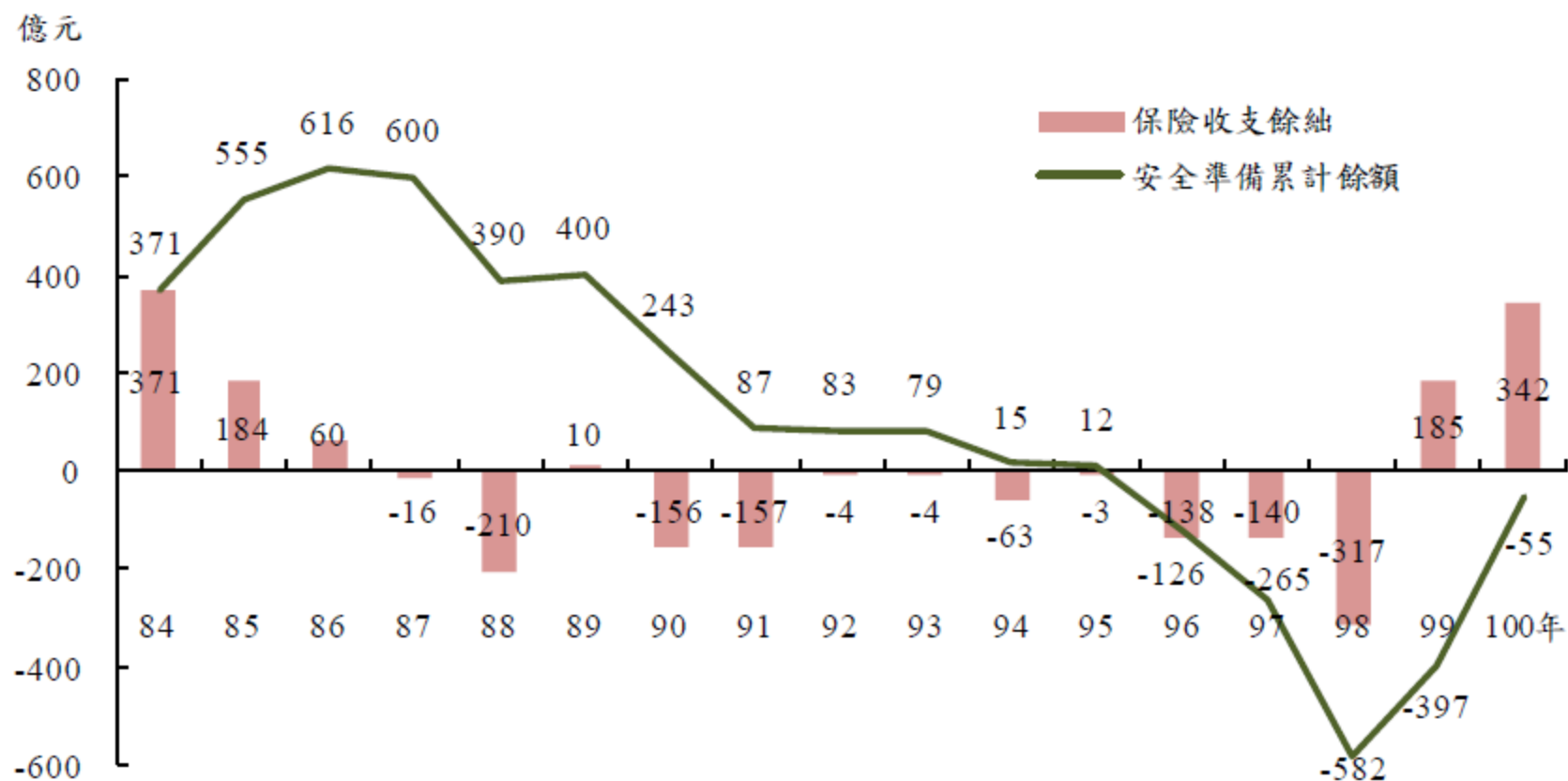
# 各年度健保費用支出



# 全民健保財務收支概況

截至 100 年底安全準備累計餘額短絀 55 億元。

保險收支及安全準備



# 影響醫療支出成長原因

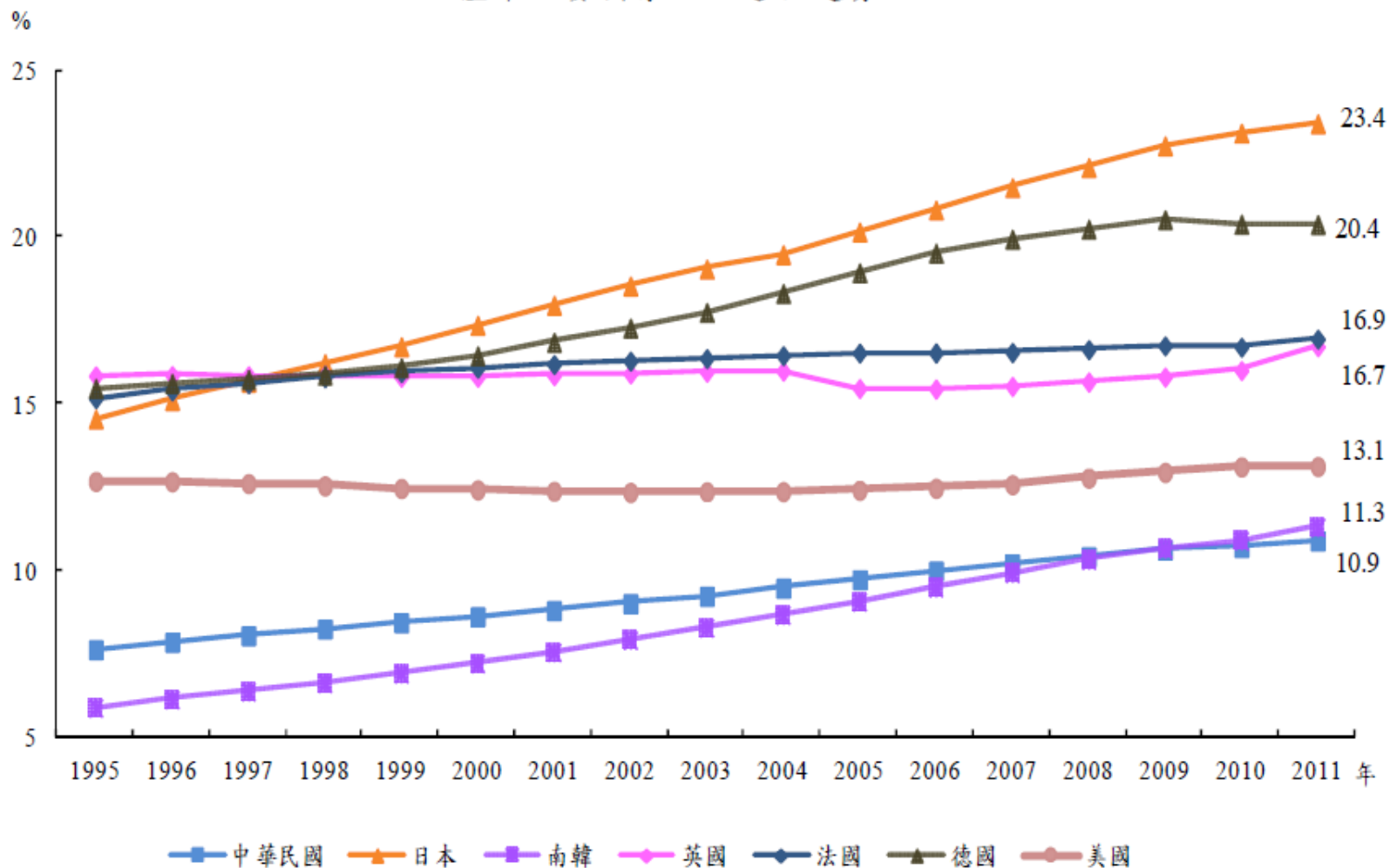
---

- 人口老化
- 保險擴張
- 所得增加

# 主要國家人口老化概況

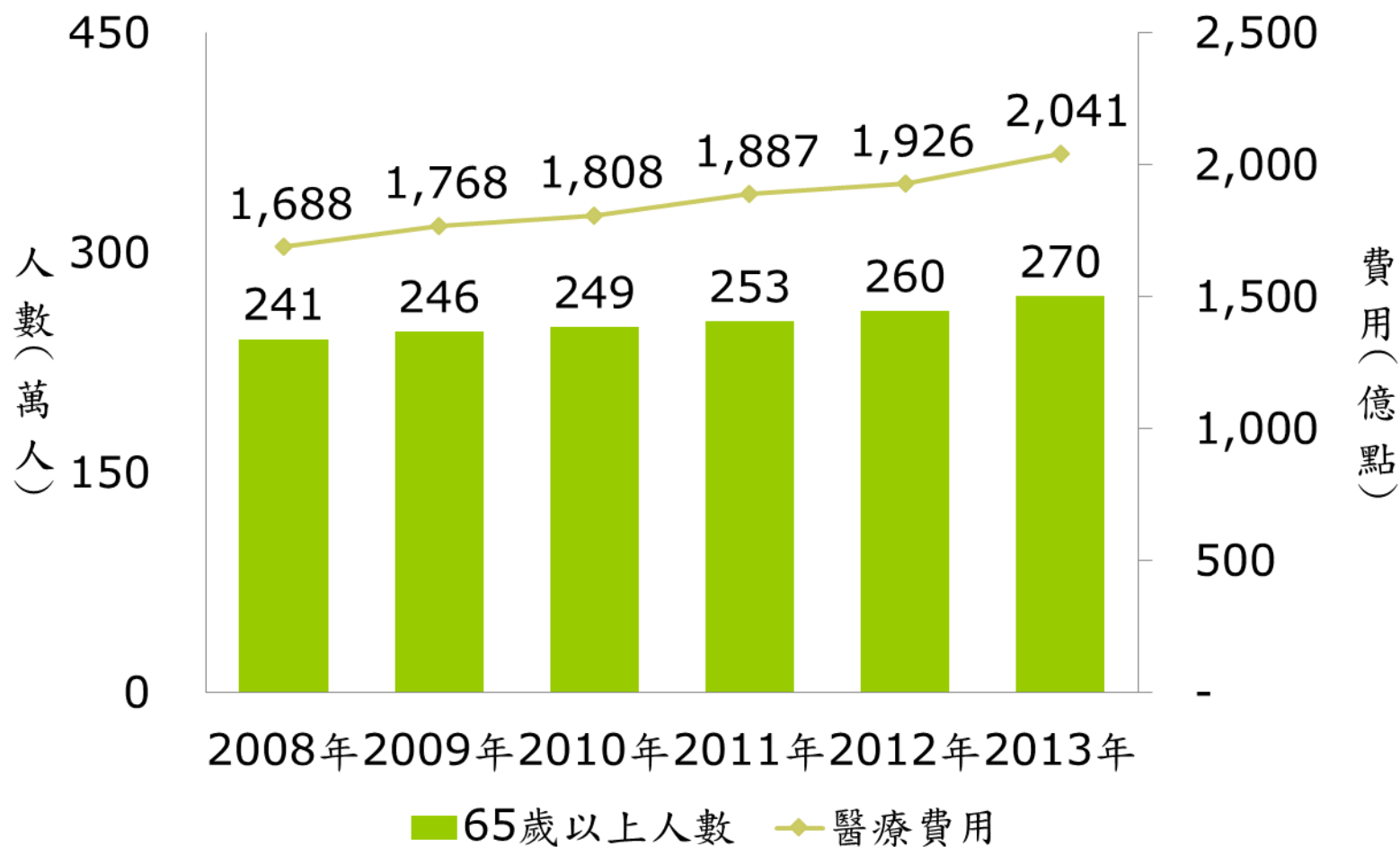
日本為老化程度最顯著國家。

歷年主要國家人口老化趨勢



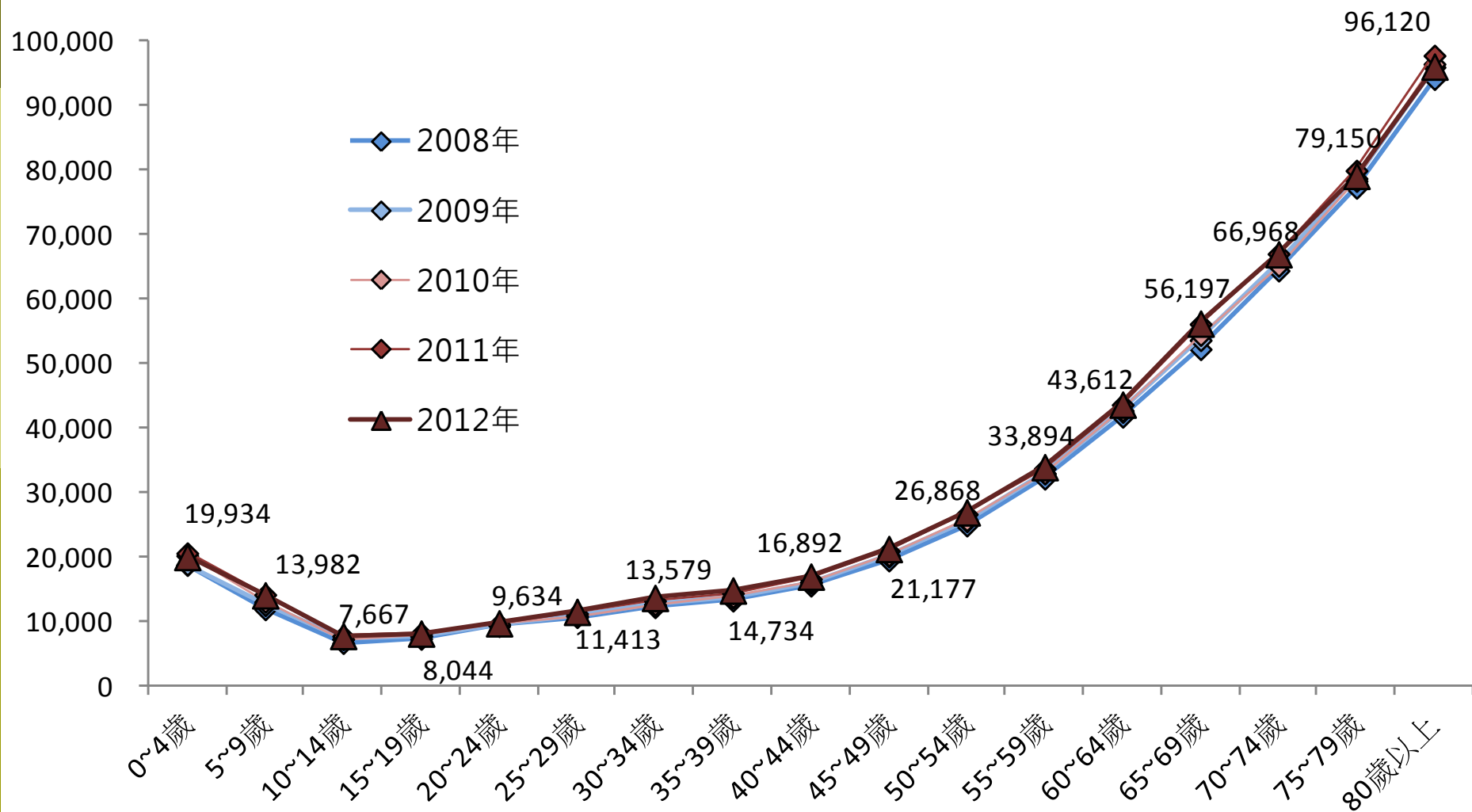
# 65歲以上民眾就醫情形

2013年人數約占11.6%，醫療費用約占34.6 %



# 平均每人醫療費用

點/人





# 人口急速老化，財務壓力遽增

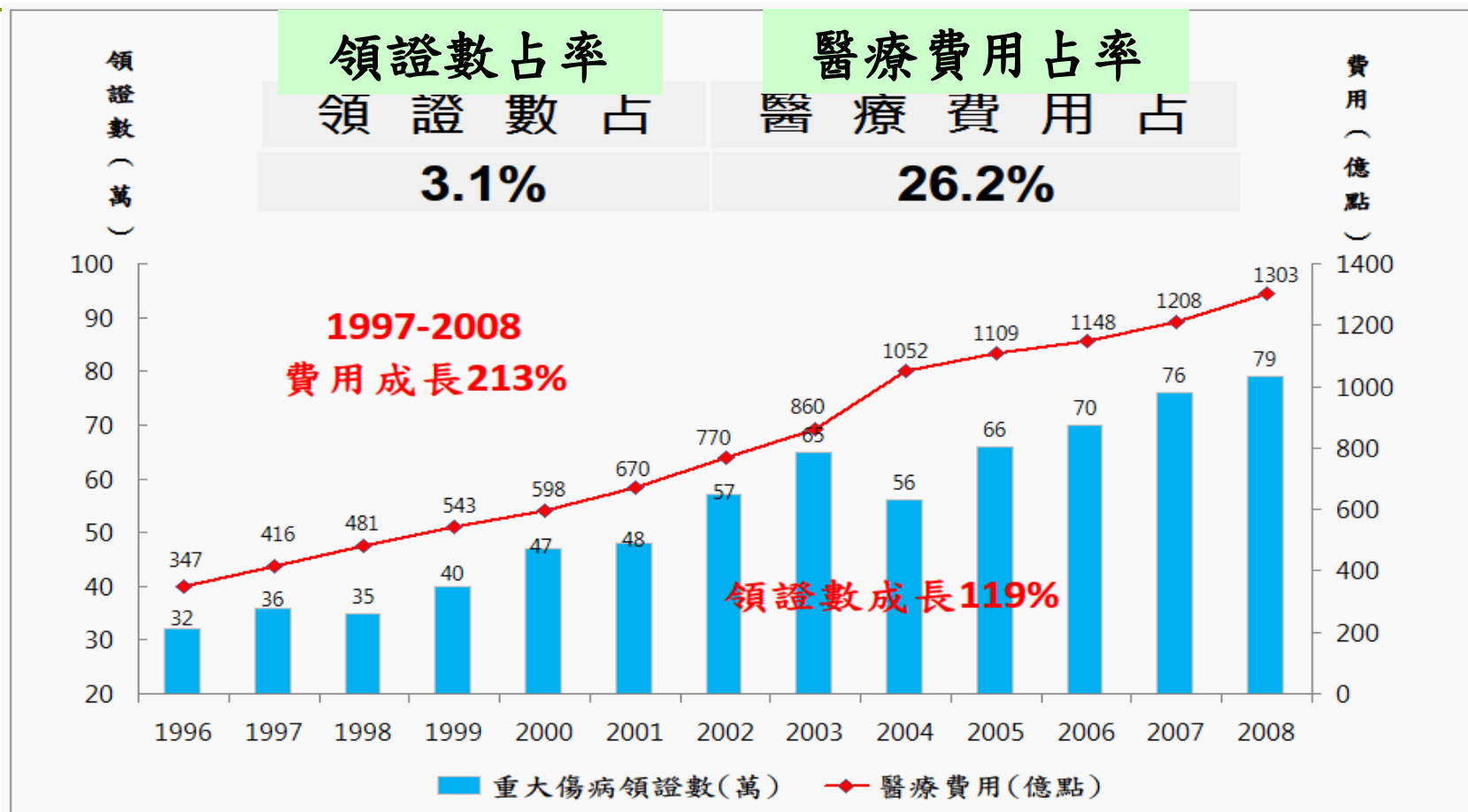
	≥65歲	<65歲以下	合計
每年增加人數(90~97年平均)	6萬人	12萬人	18萬人
人數成長率(90~97年平均)	2.84%	0.60%	0.81%
97年平均每人費用(點)	71,810	15,643	21,412

$$\frac{\text{老人 } 71,810}{\text{年輕人 } 15,643} = 4.6 \text{ 倍}$$

- 10年內人口將急遽老化，解決健保財務刻不容緩

年度	≥65歲人口
98	10.60%
103	12.09%
108	15.44%

# 醫療費用成長原因-重大傷病



- 
- 健保開辦的時重大傷病人數占總人口的1.5%，現已達3.1%，醫療費用達26.2%。
  - 重大傷病者健康的保障，所需醫療花費非一般人所能負擔，例如：癌症病人每人年的醫療費用大約是全人口平均的6.4倍、洗腎為29.4倍、呼吸器依賴者為37.6倍、血友病患者為94.6倍。

# 過去10年健保醫療費用成長主要原因

- ❖ 65歲以上老年人口增加近50萬人，醫療費用增加788億元。
- ❖ 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，例如97年洗腎病人花掉約370億元。
- ❖ 新藥引進及支付標準調整，已超過600億元，而CT、MRI等已成常規性檢查項目。

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

# 影響醫療支出成長原因/Newhouse (1992)

---

- 人口老化
- 保險擴張
- 所得增加
- 供給者的誘發
- 相對價格

項目	變化	對醫療支出的影響	同期醫療支出的上升程度	解釋程度
人口老化 (65以上)	8%(1950) 12%(1980)	+15%	5倍	3.75%
部分負擔率下降 (保險普及)	67%(1950) 27%(1980)	+50%	5倍	12.5%
所得成長	1940-90 成長180%	+180%	780%	23%
醫師誘發需求		minor		-
相對價格		minor		-

# 結論

---

- 這些因素僅佔醫療支出成長的一半以下。
- 「技術進步」是促成各國醫療費用持續不斷成長的最重要因素。

---

消除藥價黑洞能解決健保赤字？



約談總經理 查扣資料一批

# 放任藥價黑洞 檢調搜索健保局

## 600億健保 衛署任A走

消委會：一手浪費  
一手調保費 令人心痛

為健保財務健診

● 侯水蓮

其次，就全民健保「藥價黑洞」問題嚴重，「藥價黑洞」是藥價成本實際上遠低於健保給付價，形成健保財務支出浪費。本質上藥價黑洞是市場未能形成完全競爭，所產生的「不公平」交易。由於中央健保局支付的藥價比醫療院所進價高出許多，故醫療院所每年可多賺取數百億元的價差，相對的中央健保局許諾支付數百億元的冤枉錢。

## 健保要漲

## 藥價黑洞先被圍剿

【記者侯水蓮／台北報導】健保局總經理曾江日前提出擴大籌募方案，擬向基層勞工多次收費。國民黨立法院黨團昨天則回勞「權衡」與記者會，痛批政府放任藥價黑洞不會，讓人民的血汗錢開刀，對勞工不公平。

曾江的衛生部副部長陳仲周也指出，目前保費出現安全缺口，公部門

在兩年內會編列預算補足，但仍有要適當的財務平衡方案。如果健保漲了，對老百姓影響更大。前任健保局總經理全傳民則解釋，過去部分政府保費起算點低，監理委員會這次討論調漲方案，只是回歸正常

生命規定。

曾江說，衛生部仍將繼續調漲保費，將不難達成目標。他強調，並呼籲可以黨團立法上對調漲保費。國民黨立委陳志揚指出，健保制度在醫保方面，藥費千萬，對病患醫療的普及和政府的，企業欠費也不難。他呼籲衛生部先解決藥價問題，醫保與管理問題，再討論保費調漲。

自由時報 A10 版

# 藥價黑洞是什麼？

---

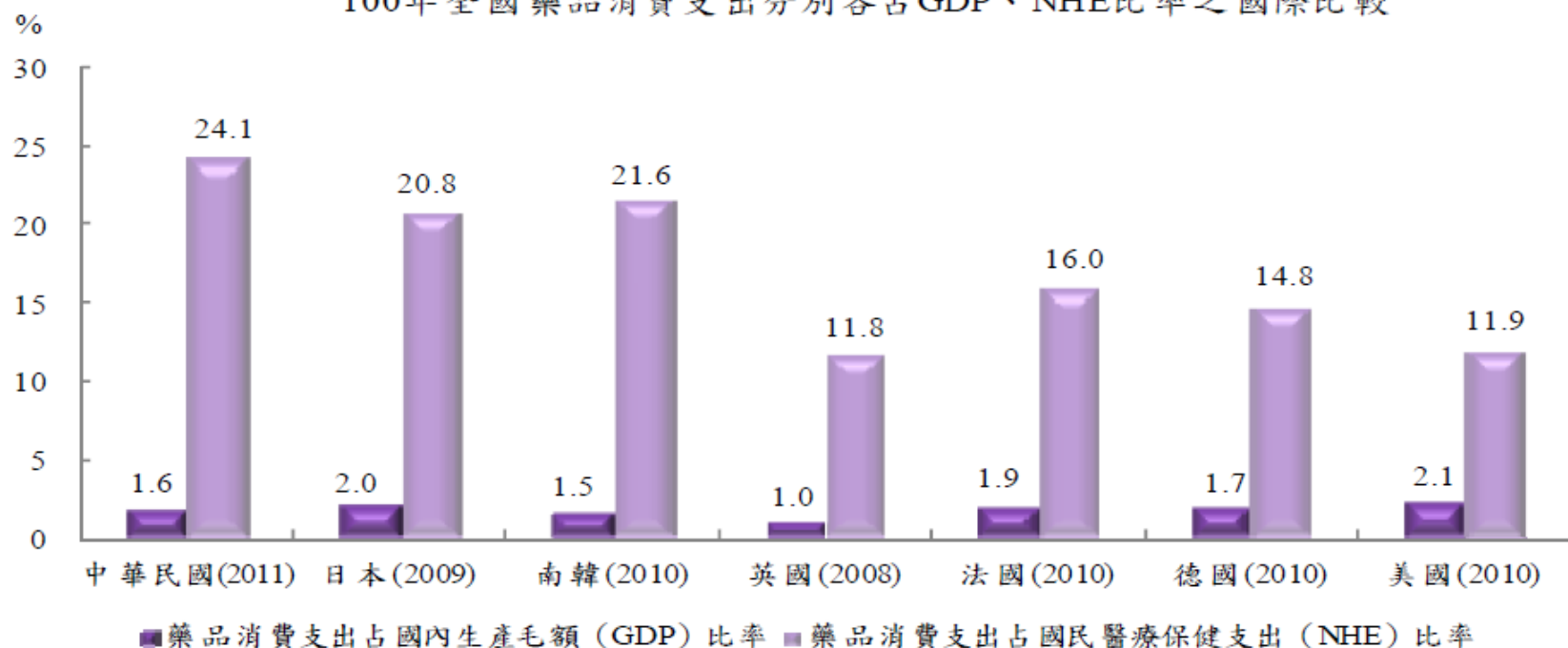
- 所謂「藥價黑洞」即是「藥價差」，指健保局付給醫療院所藥價，和醫療院所實際採購藥品價格差距。由於健保付給醫療院所是統一價格，若院所採購價錢低於健保給付價格，則形成所謂的「藥價差」。
- 立委陳文茜（2002）更以長庚醫院的精神科用藥Sinzac「百解憂」為例，指出健保藥價每顆四十一·五元，但實際藥商售價是二·四元，亦即長庚只要每用掉一顆百解憂，就可以從健保局給付賺走三十九·一元

- 
- 據監察院八十八年的報告指出，藥價黑洞每年高達二百六十億元，而醫改聯盟則估計每年大醫院賺走的藥價差，高達一百到二百億元

## 藥品支出占 GDP 及 NHE 之國際比較

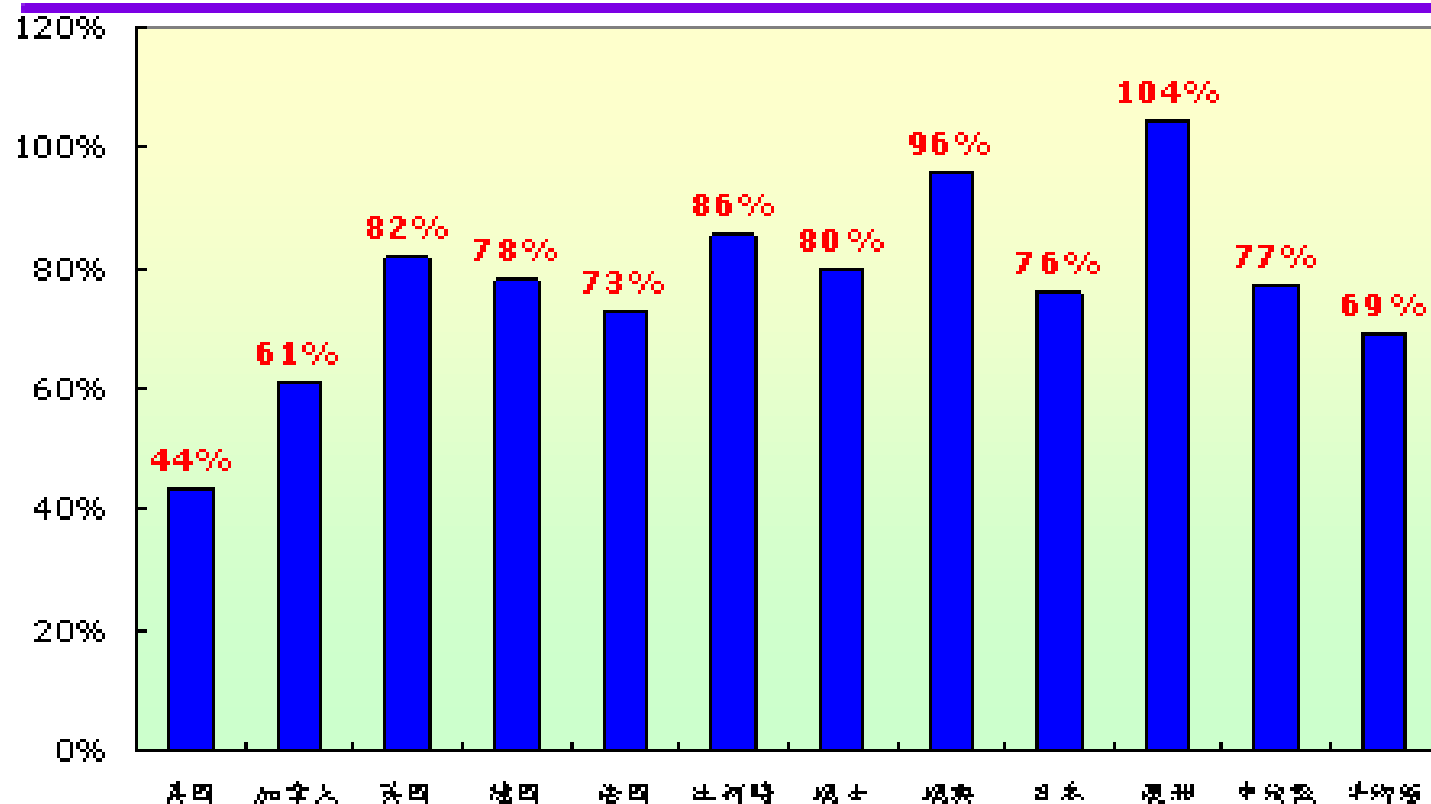
100 年全國藥品消費支出占 GDP 比率為 1.6%，占 NHE 比率為 24.1%。

100 年全國藥品消費支出分別各占 GDP、NHE 比率之國際比較



# 我國原廠藥品價格與國際藥價比較

(健保使用量前20名)



註：健保藥價為95.11.1新生效之藥價

	1999 年 藥 費		2008 年 藥 費		年 化 成 長 率	成 長 貢 獻 度
	億 元	占 率	億 元	占 率		
重 大 傷 病 <sup>(1)</sup>	110.21	13.7%	330.12	26.4%	<b>12.96%</b>	<b>49.1%</b>
門 診 慢 性 病 <sup>(2)</sup>	334.02	41.6%	619.68	49.5%	<b>7.11%</b>	<b>63.8%</b>
其 他	359.12	44.7%	301.30	24.1%	<b>-1.93%</b>	<b>-12.9%</b>
合 計	803.35	100.0%	1,251.10	100.0%	<b>5.05%</b>	<b>100.0%</b>

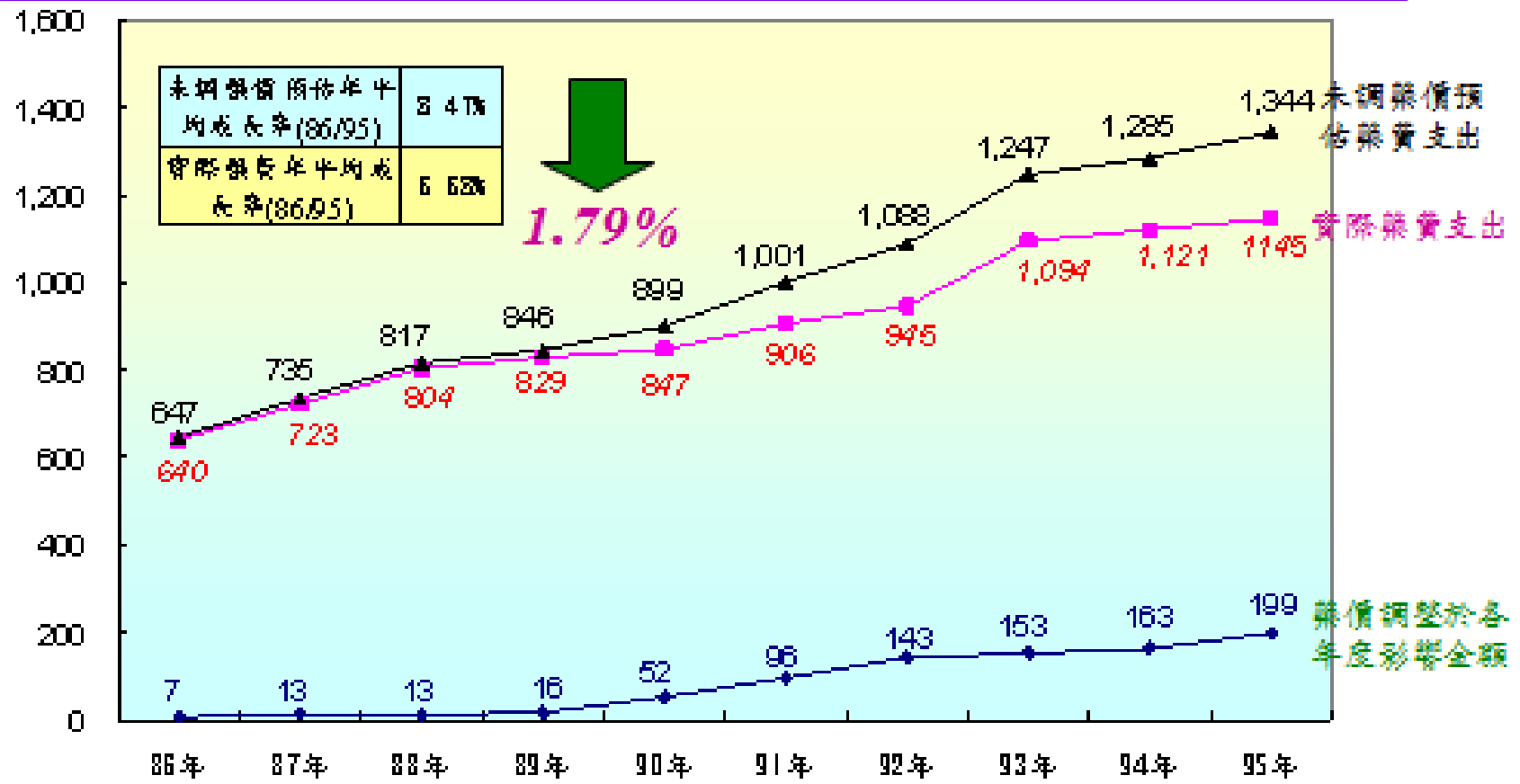
註 1：重大傷病包括癌症、精神病、罕見疾病、尿毒症、血友病等近 30 大類疾病。

註 2：慢性病包括糖尿病、高血壓、高血脂症、腦血管病變、慢性肝炎等近 100 種疾病。

# 現有機制：採藥價調查

---

# 藥價調整與藥費成長趨勢



註：95年藥費以95.1-10月成長率2.1%及94年藥費計算推估



## 消除藥價差好嗎？

---

- 健保若依採購價支付，當醫療院所買7元，健保就付7元；買8元，健保就付8元；買10元，健保就付10元，此時可能會造成醫療院所的經營者，沒有動機去議價。

# 韓國改革藥價差經驗

---

- 韓國於1977年實施藥價基準，以公告之給付價支付醫療院所，1999年改以實際交易價支付制度(ATP)。
- 實施方式係以個別藥品分別訂定支付上限價，個別醫療院所以其於前一季藥品購入的加權平均價，作為申請藥品支付的基準。
- 實際交易價支付制度(ATP)實施初期，藥價降低30.7%
- 韓國實施ATP之經驗：醫療提供者的藥品採購價平均約為上限價的99.56%。韓國實施健保給付購買價，

---

漲健保保費傷害弱勢族群？

- 
- 每次健保保費調漲，反對聲音常說會傷害弱勢族群。
  - 事實是，當健保沒有穩定財源，無法擴張服務，對弱勢族群傷害最大。

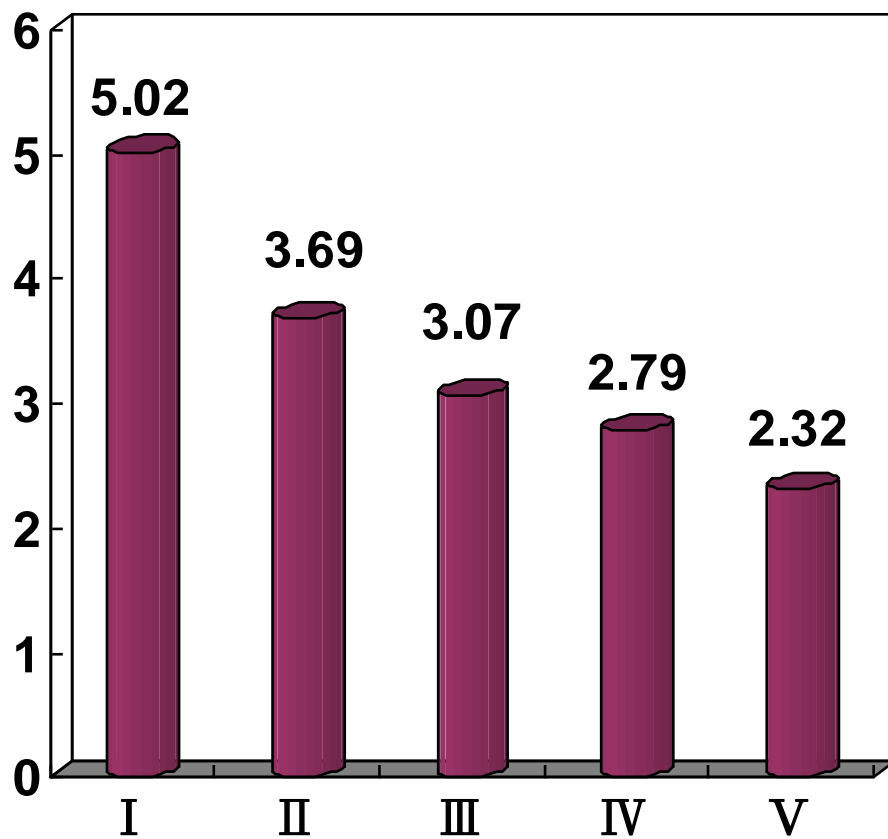
## 所得分配趨勢

---

- 依據家庭收支調查，以普通住戶家庭平均每人健保受益(即就醫時，健保負擔之部分)，除以當年平均每人應繳健保保費為健保受益。
- 舉例而言，95年(普通住戶家庭)平均每人健保受益為15,834元，而當年平均每人應繳健保保費為5,340元，每人健保受益為其應繳健保保費之3.0倍。

# 每人健保受益比

(醫療給付受益 ÷ 繳交之保險費)

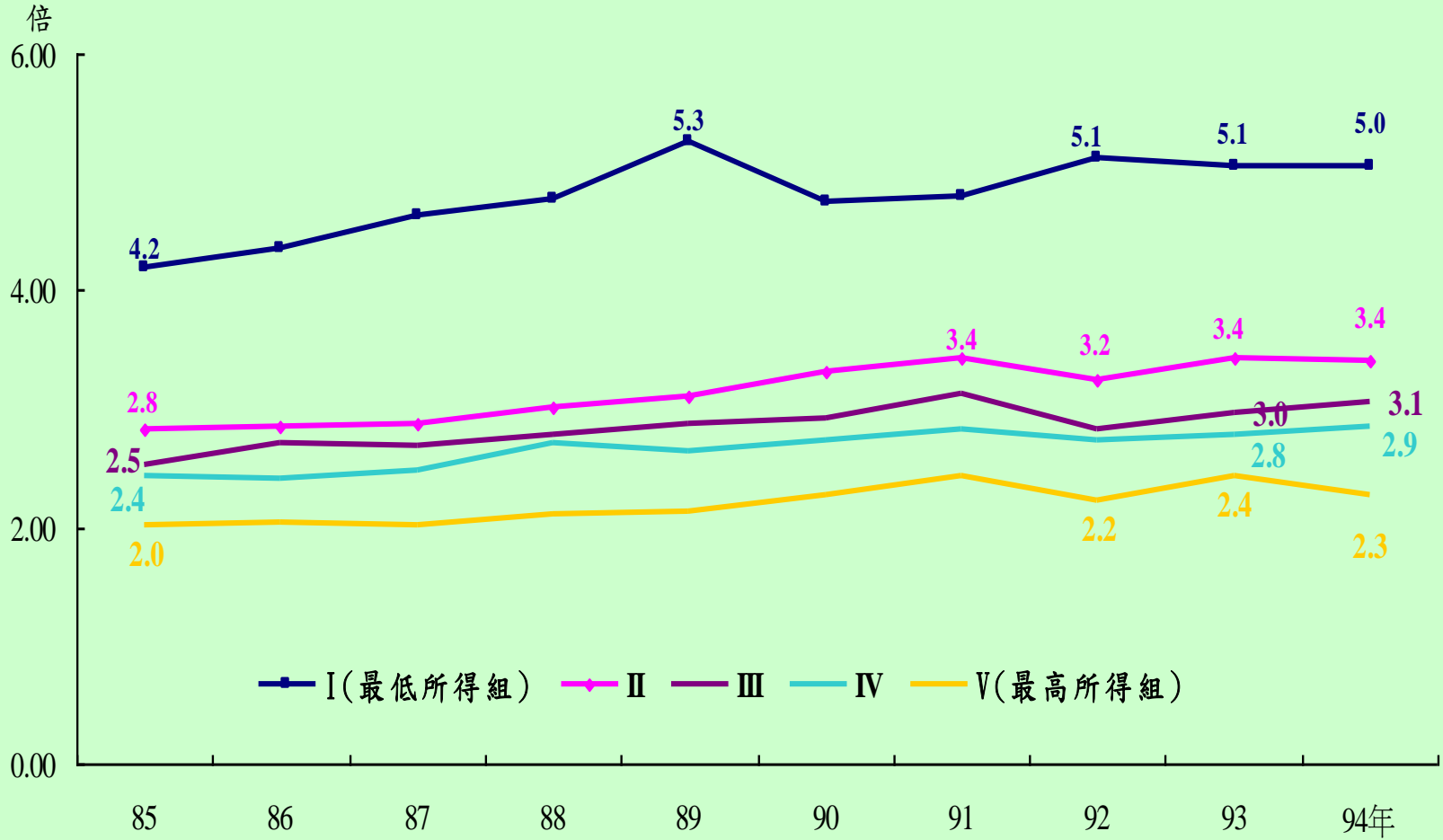


可支配所得按戶數五等分位組

所得最低

所得最高

高低所得組平均每人健保受益比



健保受益比=健保受益/健保保費

高低所得組家庭平均每人醫療照護費用

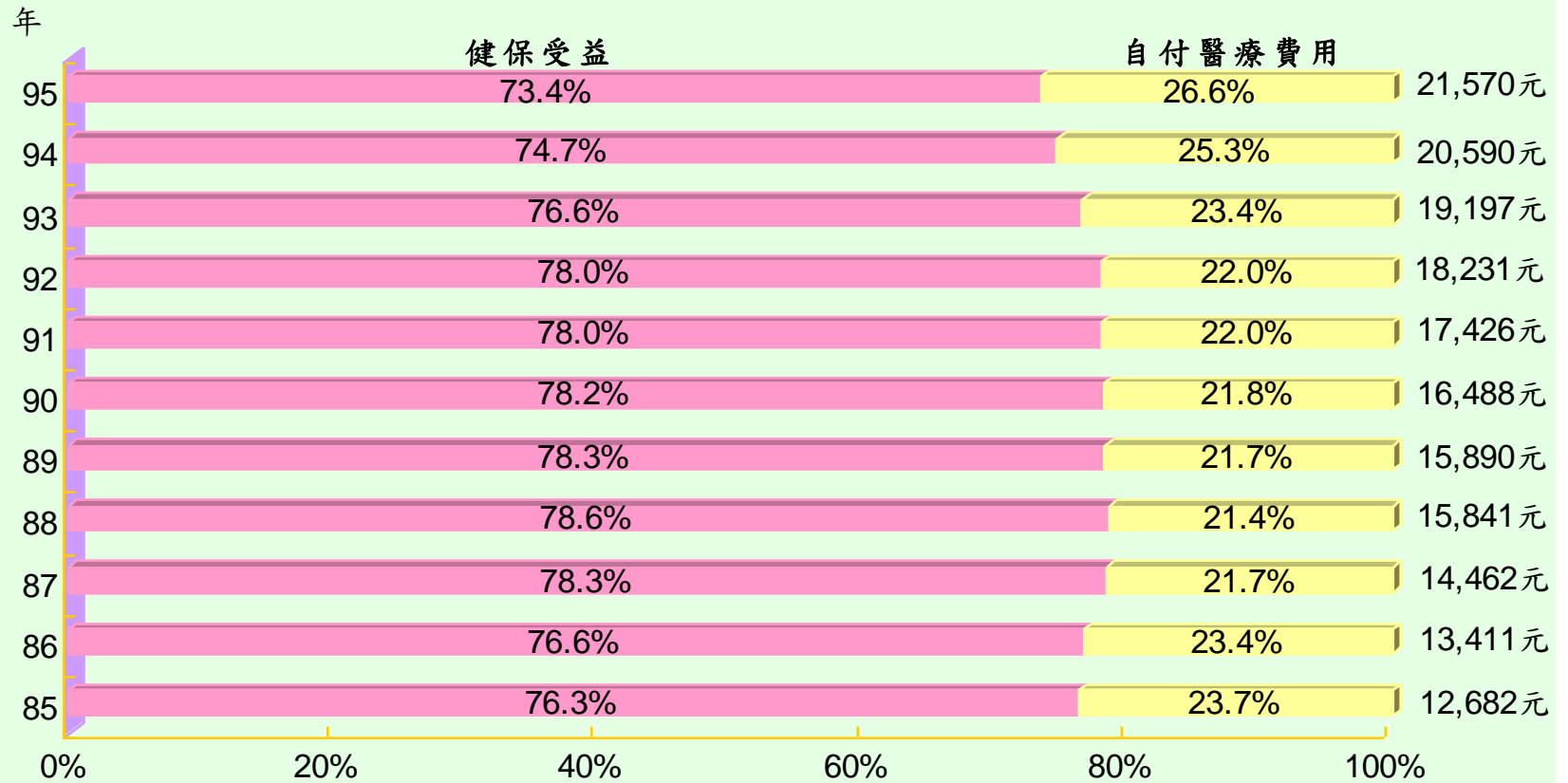
	按可支配所得五等分位分(元)					按可支配所得五等分位分(以85年=100)				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
85年	15,891	12,394	11,982	12,204	12,419	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
86年	16,687	13,225	13,157	12,530	13,088	105.01	106.70	109.81	102.67	105.39
87年	18,275	14,421	14,007	13,861	13,738	115.00	116.35	116.90	113.58	110.62
88年	19,921	15,445	15,048	15,625	15,278	125.36	124.62	125.59	128.03	123.02
89年	19,750	15,724	15,081	15,293	15,578	124.29	126.87	125.86	125.31	125.44
90年	19,449	16,231	15,474	15,969	16,707	122.39	130.96	129.15	130.85	134.53
91年	18,723	16,304	16,784	17,057	18,525	117.82	131.54	140.07	139.77	149.17
92年	20,304	17,064	16,367	18,293	19,651	127.77	137.68	136.60	149.89	158.23
93年	21,185	17,813	17,628	18,794	21,031	133.31	143.72	147.12	154.00	169.34
94年	22,952	19,555	19,269	20,265	21,708	144.43	157.78	160.81	166.05	174.80
95年	24,715	20,175	20,284	20,649	23,135	155.53	162.78	169.29	169.20	186.29
85~95年平均	19,805	16,214	15,916	16,413	17,351	124.63	130.82	132.83	134.49	139.71

資源來源：行政院主計處家庭收支調查檔



- 
- 醫療利用上以低所得家戶較高，高所得次之
  - 中高所得的醫療利用費用穩定成長
  - 高所得的醫療利用成長率最高
  - 低所得的醫療利用成長率自1999年後幾乎不便
  - 健保實施後，低所得的醫療利用費用成長金額為最低

平均每人醫療照護費用圖



- 
- 自1999年後，自費金額比例增加
  - 健保是社會保險，對弱勢族群幫忙最大。

---

健保管理成本低代表有效率

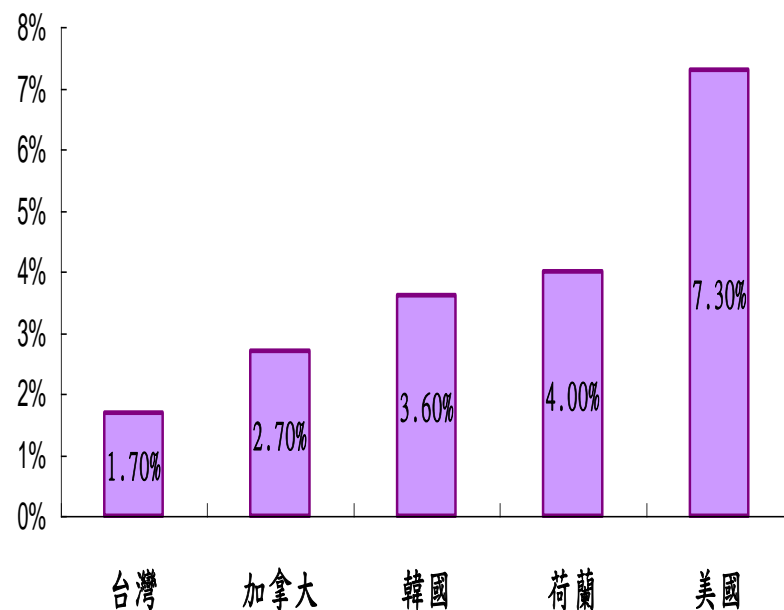
# 保險行政成本低、效率高

➤ 行政成本低- 為健保支出之1.48%



➤ 國際比較效率高

2005年



# 總額制度

---

- 設定支出目標(expenditure target)：
  - 預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許之上漲率。當實際利用量超過上限時，超出部份將打折支付，因此實際支出可能超出原先設定的目標。
  
- 設定支出上限(expenditure cap)：
  - 預先設定健康保險支出之年度預算，不預先設定支付價格，也不直接限制醫療服量之上漲率，支付價格由總算除以實際之總服務量而得，因此當年費用支出不會超出原先設定之預算。

- 
- 健保局採用支出上限制的總額制度，將所有財務壓力轉嫁給醫療供給者。

- 
- 為了壓低行政成本，健保局人力相當不足。
  - 藥材小組約20餘人，要掌管一千多億的預算。
  - 健保局不斷實驗新的支付制度，期望降低健保支出。



# 健保現行的支付制度

---

- 論量計酬
- 論病例計酬
- 論日計酬
- 總額制度
- DRG（住院診斷關聯群計酬）
  - 係以住院病患之診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併或併發症及出院狀況等條件，同時考量醫療資源使用之情形，將全院病患分為數百個不同群組，並事前訂定給付權重，除特殊個案外，原則上同一群組個案採相同支付權重。