

健保費憑什麼漲？

商業周刊第1165期

中華民國醫師公會全國聯合會

副秘書長 蔣世中 醫師

99年3月25日

附表 1

中央健康保險局之節流措施執行成效統計表

(單位：億元，億點，%)

節流成效	88 年	89 年	90 年	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	總計
平均每人醫療費用成長率(註 1)	6.53%	0.96%	4.34%	6.44%	3.90%	3.80%	3.605%	-	-	-	-	
藥費成長率	11.28%	3.12%	2.20%	6.90%	4.30%	15.70%	2.44%	1.8%	2.5%	7.0%	9.3%	
藥價調整金額【億元】	-	5	46	32	57	0.7	23.6	96.7	60 (註 2)	-	-	321
違規查處追回費用【億元】(註 3)	2.71	2.98	2.2	1.8	0.9	0.6	2.2	5.3	3	3.4	3.7	28.79
醫療審查核減【億點】(註 4)	111	128	111	109	65	105	138	126	138.1	134.4	172	1337.5
合計【億元】	113.71	135.98	159.2	142.8	122.9	106.3	163.8	228	201.1	137.8	175.7	1687.29
查核追回費用 / 合計【%】	2.38	2.19	1.38	1.26	0.73	0.56	1.34	2.32	1.49	2.47	2.11	1.71

註：

- 1.自 95 年起，因醫療費用成長率遵行行政院衛生署費用協定委員會頒定之「總額醫療費用成長率」，無控制「平均每人醫療費用成長率」之空間，不再登錄。
- 2.第 5 次藥價再確認及更正中報已於 96 年 7 月 19 日公布，其新藥價自 96 年 9 月 1 日起生效，預估每年影響金額為 60 億元。第 6 次藥價調查新藥價自 98 年 10 月 1 日起生效，故 98 年影響金額尚未能計算。
- 3.違規查處追回費用，係為扣減金額、罰鍰金額、輔導繳回金額及查處追回金額之總和。
- 4.醫療審查核減為初核核減點數(98 年 1-3 月實際值為 43 億點，推估 98 年 1-12 月審查核減點數為 172 億點)。
- 5.藥價調整金額、違規查核追回費用、醫療審查核減(其點值以 1 點 1 元估計)等 3 項足資統計金額之項目，彙計其節流措施撙節總額約 1,677 億元。

「違規查處」是特約醫療院所以虛偽或不正當之方法申報、請領醫療費用。「審查核減」是健保局對於特約醫療院所在正常程序下，對於已提供給病人之醫療服務所發生之醫療費用，因健保局持有不同意見所做的醫療費用申領時之「審查核減」。

「審查核減」與「違規查處」是完全不同的性質，不應將2者混淆、等同視之。

「審查核減」並非不肖醫師詐領健保費用，且健保局早已從申報醫療費用之程序中核減。

醫界秉持「專業自主精神」，
實施「審查核減」並「訂定數
百項不予支付指標」，健保總
額財務缺口完全由醫界承擔

(一)

實施健保總額以來，西醫基層總額自92年至97年實際使用醫療費用與每年協商總額預算費用缺口已達458億點；醫院總額已達1636.6億點。一直由醫療提供者承擔健保財務壓力。

(二)

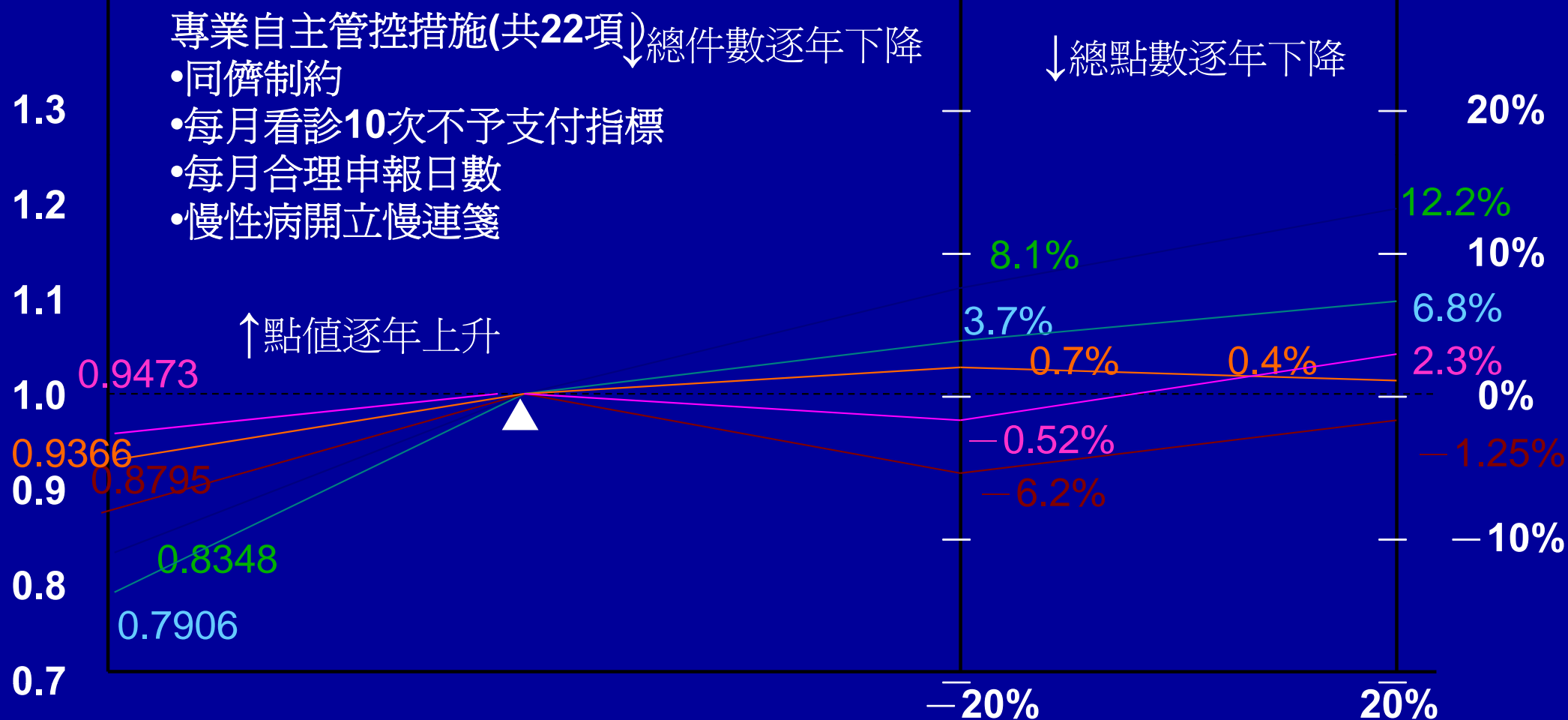
西醫基層診所自94年起陸續實施「每月看診十次」、「每月合理申報日數」共22項不予支付指標；西醫醫院歷年財政缺口皆達百億以上(尚未包含醫院自行吸收部分)，醫界實施專業自主管控措施，訂定高達數百項不予支付指標等同儕制約措施，協助健保支出成長率趨緩。

93、94、95、96、97年西醫基層 點值、總件數、總點數相關性

西醫基層
浮動點值

總件數
成長%

總點數
成長%



94-96年基層實施專業自主管控措施表

實施起日	不予支付指標名稱
94.07.01	眼科門診局部處置申報率
	婦產科門診局部處置申報率
	耳鼻喉科門診局部處置申報率
94.09.01	初次使用ticlopidine或clopidogrel（Plavix）前未使用aspirin比率
	基層診所01及09案件藥品申報超過31天
	門診上呼吸道感染抗生素處方率
	門診同一處方開立制酸劑重複率
94.12.01	高血壓併氣喘病患不適當降壓藥（ β -blocker）
95.01.01	醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法
95.07.01	【調整門診診察費】 原1-30人次診察費325點，修訂如下：1-25人次320點，26-30人次修訂為250點。
95.10.01	白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率
	基層診所病患當月就診超過10次以上
	門診注射劑使用率
	不合理轉診型態
	AZULENE處方率居於同儕極端值
	銀杏葉萃取物（GINKGO）處方率居於同儕極端值
	PIPETHANATE處方率居於同儕極端值
	COX II 處方不當比率過高
96.02.01	新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件占率過高
	門診PSYLLIUM HUSK處方率居於同儕極端值
	2歲以下幼兒使用CODEINE製劑比率過高
	高血壓懷孕婦女使用ACEI或ARB之比率偏高

「藥價黑洞」 事實上是 「藥價節流」：

總額制度下，藥品費用包含於總額費用中，實無所謂藥價黑洞問題。

(一)

總額支付制度係維持健保財務收支平衡的一項工具，總額內某部份給付費用增加，勢必會壓縮其他部分給付項目。總額預算的概念是預算用完就沒有了，所以無論是醫療院所或是民眾在使用相關的醫療服務時是要有所限制的，這一部分主管機關需多盡宣導的責任。

藥價黑洞是什麼？

外界所謂的「藥價黑洞」其實就是「藥價差」，指健保局付給醫療院所的藥價，和醫療院所實際採購藥品價格的差距。目前外界用「藥價黑洞」一詞來比喻藥價差，不免讓人有浮濫浪費的印象。

「藥價差」是使藥價下降的動力

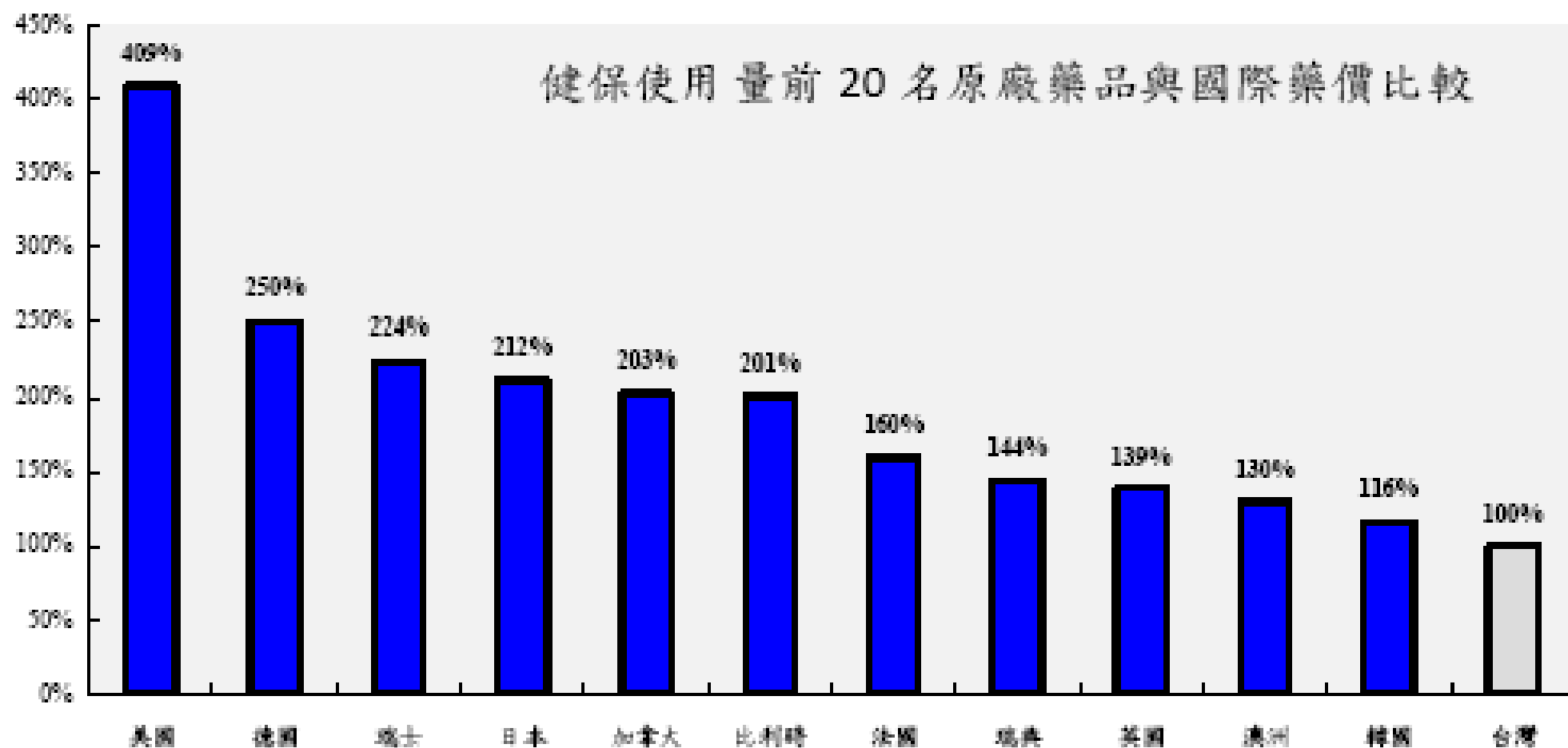
健保藥品支付的設計，就是**提供醫療院所努力議價的誘因**，健保局再定期進行藥價調查，取得市場交易價格，並依據調查的結果，將醫療院所努力議價的成果，反應調降藥品支付價格。所以，「有藥價差」並非代表多花錢，也不代表是「浮濫浪費」。「沒有藥價差」也不表示可以少花錢，實際上「藥價差」反而是有效促使藥價下降的動力。

我國健保藥價平均較各國便宜

根據2008年使用金額前20名之原廠藥品，以2009年健保及主要國家藥價比較發現，其他主要國家藥價平均皆比我國健保藥價高，美國高出309%、德國高出150%、日本高出112%、加拿大高出103%，甚至連全面實施藥品差額負擔之澳洲，也高出台灣30%，而鄰近的韓國也比我國高出16%。

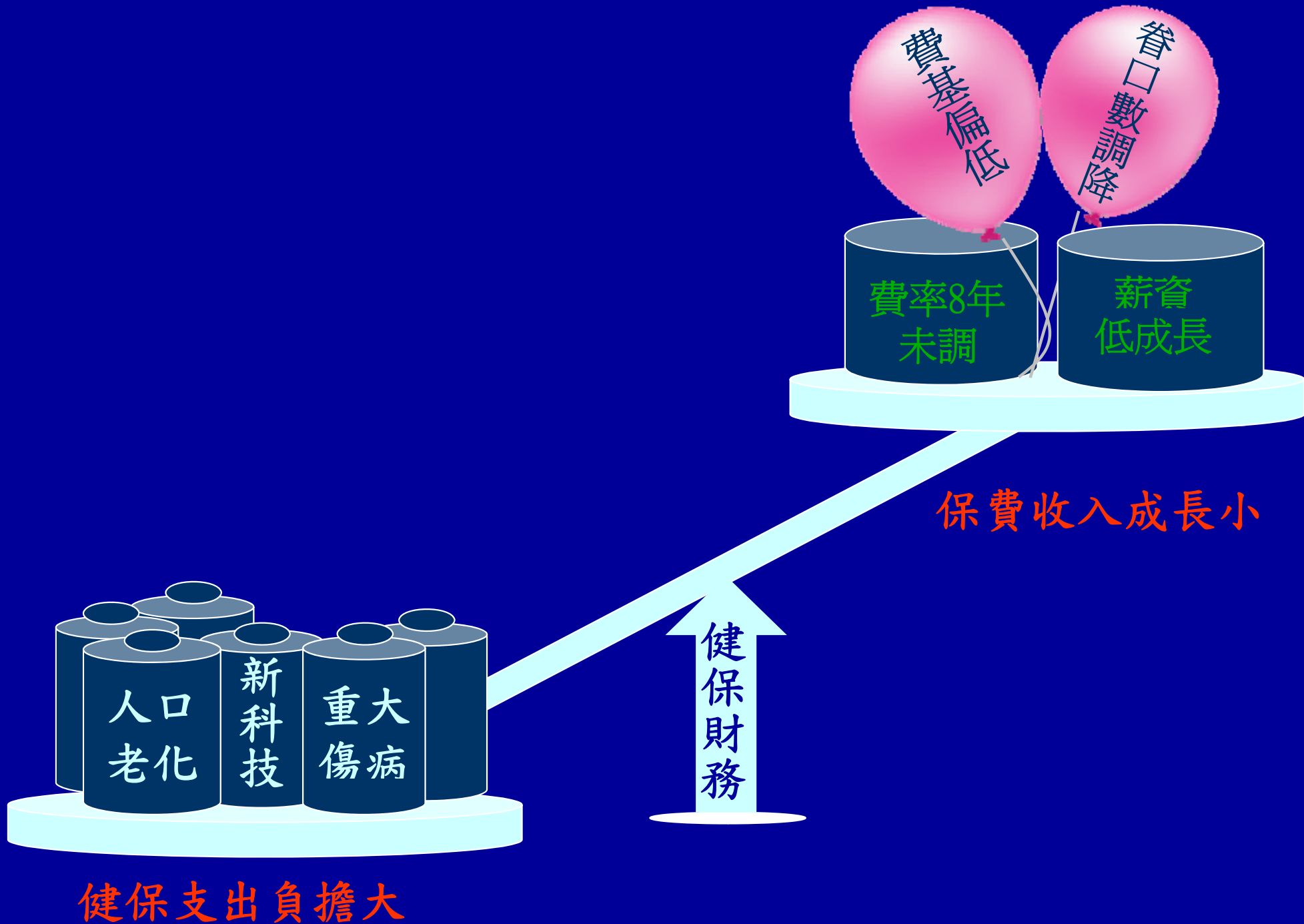
由此可見，我國健保藥價比起韓國、日本、澳洲及其他各國相對便宜許多，「藥價差」反而是有效促使藥價下降的動力。

健保使用量前 20 名原廠藥品與國際藥價比較



(二)

因人口老化迅速，壽命延長，衍生之重大傷病及慢性病人數增加，致藥費逐年快速成長，藥品費用自民國87年772億元到97年1,252億元，藥費不但沒有節餘，反而持續在總額之中增加；如果藥費增加，其他醫療服務預算勢必就會被多壓縮；如果藥費少用一些，其他醫療服務項目及提升醫療服務品質的預算就可以寬鬆一些，這就是總額的精神。



健保醫療費用成長主要原因

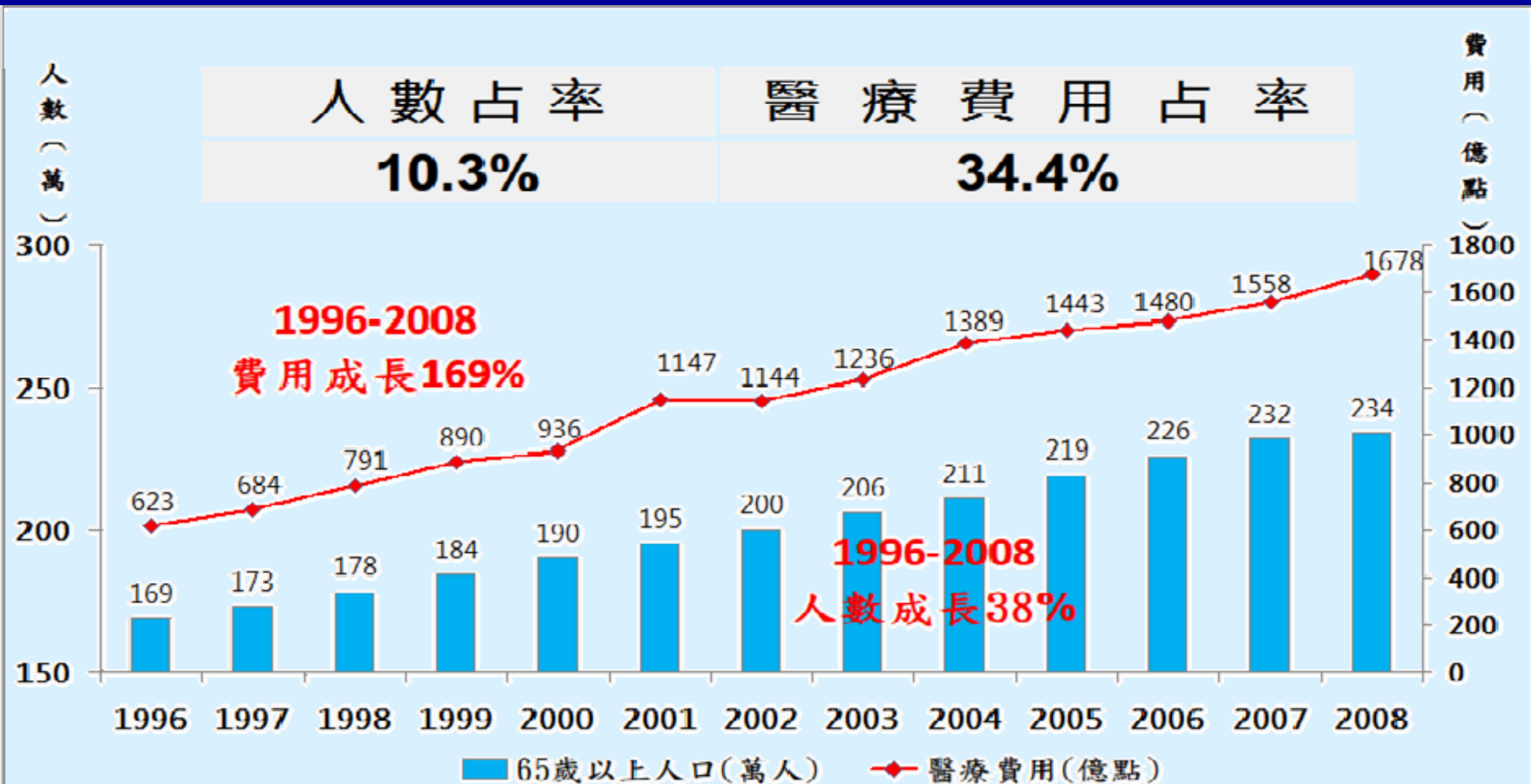
過去10年內(1999~2008)，健保醫療費用成長主要原因如下：

- ❖ 65歲以上老年人口增加近50萬人，醫療費用增加788億元。
- ❖ 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

人口老化

65歲以上人數及費用占率



人口急速老化，財務壓力遽增

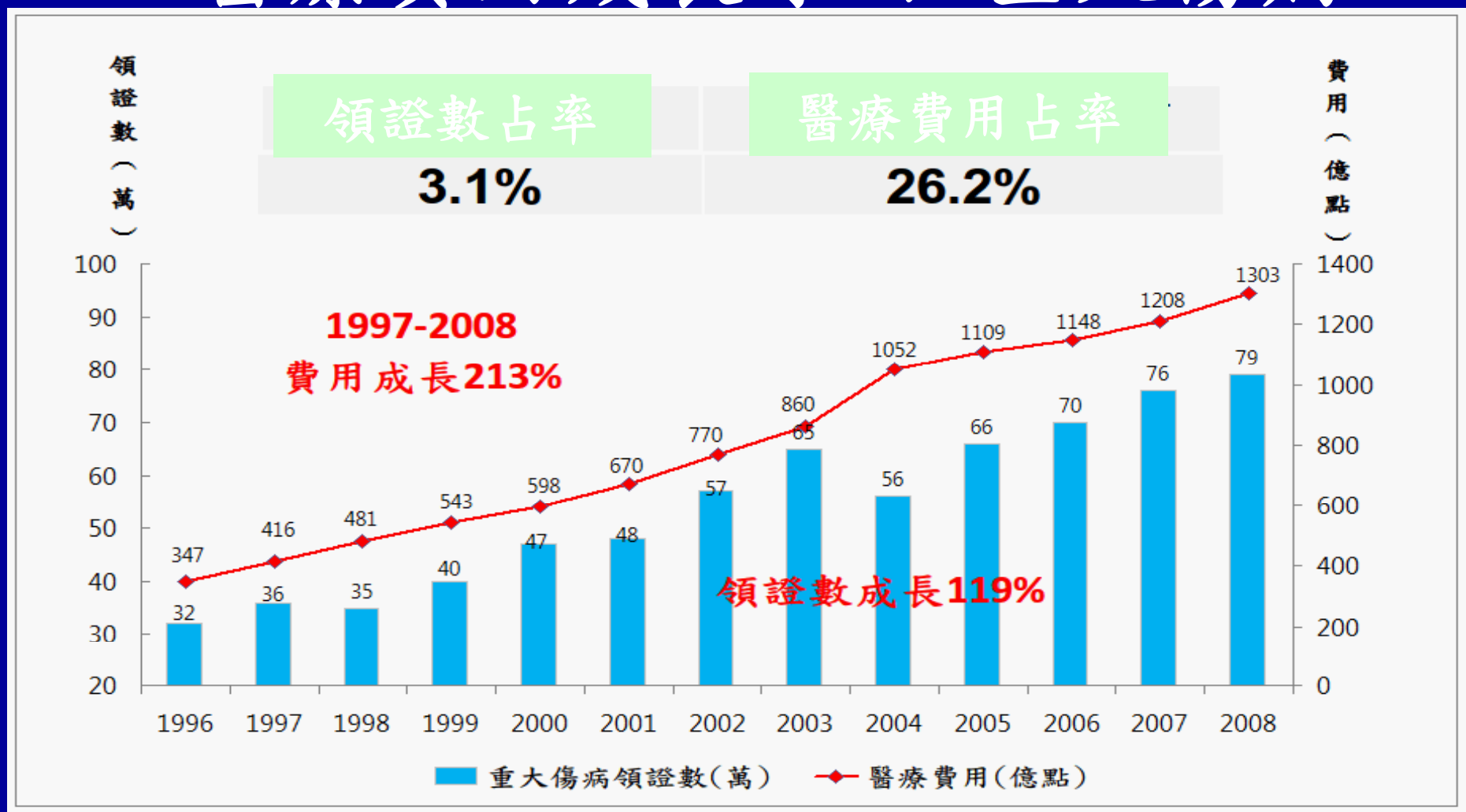
	≥65歲	<65歲以下	合計
每年增加人數(90~97年平均)	6萬人	12萬人	18萬人
人數成長率(90~97年平均)	2.84%	0.60%	0.81%
97年平均每人費用(點)	71,810	15,643	21,412

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

- 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

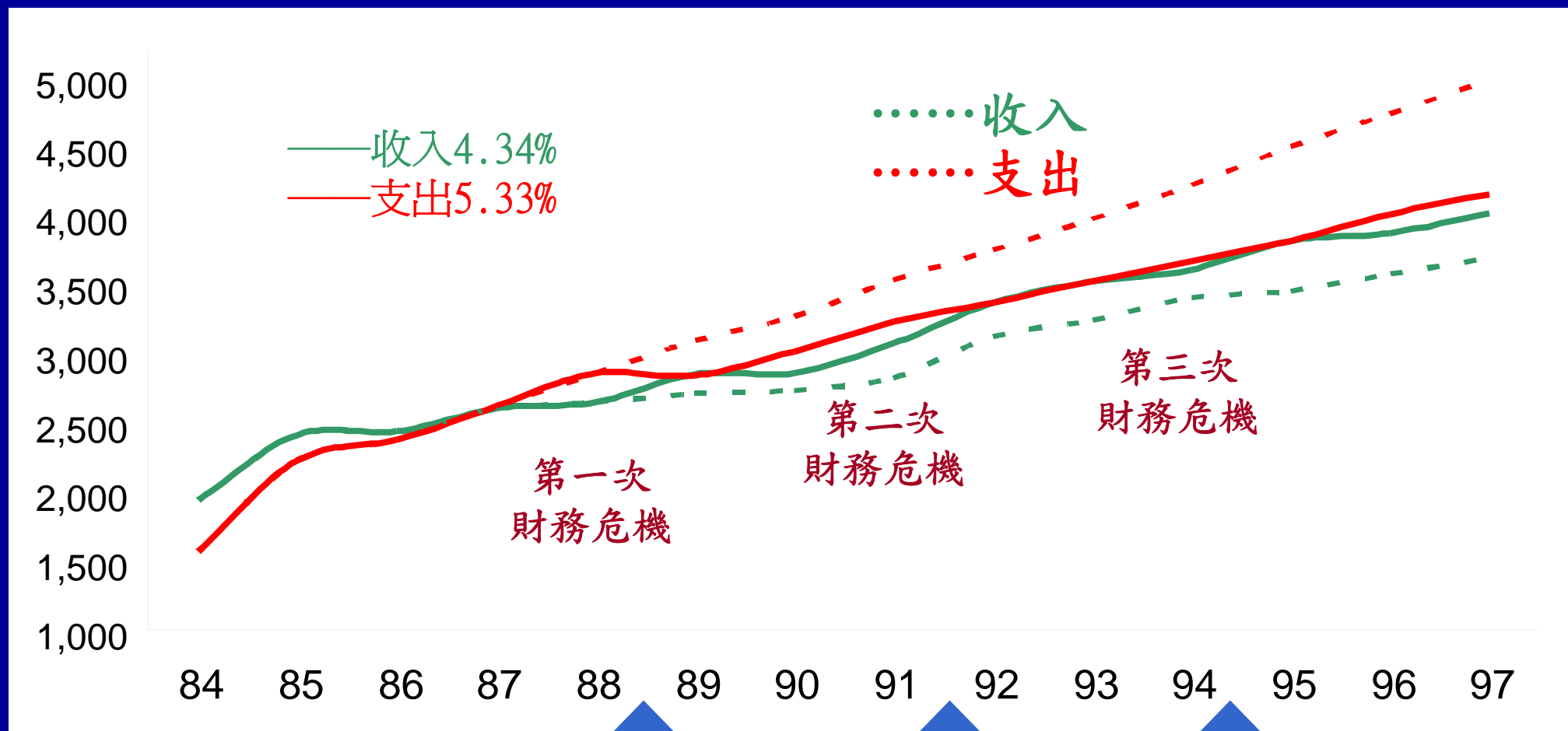


- 健保開辦的時重大傷病人數占總人口的1.5%，現已達3.1%，醫療費用達26.2%。
- 重大傷病者健康的保障，所需醫療花費非一般人所能負擔，例如：癌症病人每人年的醫療費用大約是全人口平均的6.4倍、洗腎為29.4倍、呼吸器依賴者為37.6倍、血友病患者為94.6倍。

97年重大傷病醫療費用前八大疾病

名次	病名	就醫人數 (人)	平均醫療 費用(元)	使用多少人 保險費支應(人)
1	血友病	909	247,9743	148
2	呼吸器依賴	1,9246	73,7090	44
3	洗腎	6,1866	59,9635	36
4	腸道切除給予 全靜脈營養	93	54,2322	32
5	燒傷	583	44,5050	27
6	癌症	33,0774	13,4775	8
7	急性腦血管疾病	5,3595	10,8551	7
8	慢性精神病	16,0971	8,1186	5

歷年健保財務與相關措施



費用管控、部分負擔、公益彩券、清查中斷投保與投保金額、代位求償

費率調整、菸捐、部分負擔、全面總額、軍公教全薪納保、投保金額上限

投保金額上限、軍公教全薪比率、擴大代位求償、回歸公務預算、菸捐、部分負擔

幽靈人口 移民也能回國看病

外籍人士來台健保納保，侵蝕健保；
宜儘早修法，外籍人士應以雇主及
自營作業身分納保，其健保自負比
率為100%，一律採最高級距納保。
至於海外民眾停保復保制度，亦應
一併修法，可以避免一些投機者，
不當利用台灣國內的健保資源。

說明(一)

外籍專業人士來台，目前每個月只要繳**659**元健保費就可以健保吃到飽，侵蝕健保。外國人參加台灣健保的資格若與台灣人民一樣，既不公平也不合法。宜儘速修法，外籍專業人士應以雇主及自營作業身份納保，其健保自負比率為**100%**，一律採最高級距納保或民間保險。可以減少部分外籍專業人士利用台灣健保「俗擱大碗」的特色，「呷好通相報」。

說明(二)

每年估計近20萬旅外民眾停保又復保，其中約有一萬二仟多人可能是專程自國外返台辦理復保就醫，這些人估計至少花掉一億元以上的醫療費用，其中約有三分之一是用在治療牙齒疾病，且治療心臟疾病及白內障的也不在少數。對於住在台灣的民眾極不公平，應一併修法，至少需居住滿4個月以上才能辦理復保，可以避免一些投機者，不當利用台灣國內的健保資源。



旅外返台就醫花費前5名

疾病名稱	花費金額 (元)	人數	申請件數
牙齒相關疾病	33,399,377	10,601	24,248
良性腫瘤	3,788,578	626	1,102
椎間盤突出或下背痛	2,746,874	518	1,130
急性上呼吸道感染(感冒)	2,292,294	3,077	5,790
冠狀動脈心臟病	2,270,049	166	397

資料來源：健保監理委員會 製表：記者魏怡嘉

健保保費收入面

- 健保保費
- 部分負擔
- 其他(如菸品健康捐、
擴大代位求償範圍)

健保保費支出面

- 診察費
- 診療費
- 藥費
- 藥事服務費

健保保費收入面< 健保保費支出面

2006至2008年間

健保保費收益平均每年只增加**2.6%**

而

醫療給付支出平均每年卻增加**4.2%**

2006年在OECD31個國家中，我國醫療費用占GDP之6.1%，排名倒數第二，僅高於土耳其。

- 我國保險費率為4.55%，
- 遠低於德國13.6%，
- 法國18.4%，
- 希臘11.45%，
- 比利時7.35%，
- 鄰近國家日本8.2%。

建議一

應回歸法制面之精神，依「全民健康保險法」第20條及第67條規定，當安全準備餘額低於一個月之醫療給付費用（約300億）時，就需要調高健保費率。

說明(一)

全民健保自84年開辦迄今，僅於91年調升過一次費率，健保局當時以兩年平衡周期計算，將健保費率由4.25%調漲為4.55%。據中央健康保險局97年3月「民國96年全民健康保險費率精算報告」指出，保險費率之精算係採「量出為入」方式，參考美國聯邦醫療服務中心之醫療費用分析模式，就未來人口成長及年齡結構變化對醫療費用之影響進行推估，依據前開模型推估，自97年至101年之法定最低平衡費率為5.18%，與現行保險費率4.55%相差幅度達13.85%。

說明(二)

全民健康保險法（以下簡稱健保法）第20條第3項第1款規定，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，由主管機關重行調整擬訂，是以，現階段之費率自有重行調整之必要。再者，安全準備自96年起業已用罄。健保法第67條明定：「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」爰此，現行健保費率已符合重行調整之情形。依據健保局數據顯示，截至98年12月底，待安全準備填補之短絀數業達587.51億元，在保險收支短絀數高達近600億之情況下，衛生署調整健保費率係依法行政，於法有據。

建議二

總額前務實「量出爲入」之精神

總額後務實「量入爲出」之精神

建議三

落實健保法第33、35條，門診、住院自行負擔費用以定率計算，以避免醫療資源之濫用；其他免部分負擔規定，應以社福預算支應，以減少健保財務負擔。

說明(一)

全民健康保險立法時，已制定保險事故範圍，限於疾病、傷害、生育事故之醫療給付，第33條並規定民眾應自行負擔門診或急診費用20%。如民眾就診不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔30%；逕赴區域醫院門診者，應負擔40%；逕赴醫學中心門診者，應負擔50%。依據國內外以及健保局研究報告顯示，基於使用者付費原則，民眾應自行負擔門診費用25%，才能有效的控制醫療費用暴增及浪費。

說明(二)

惟目前民眾於基層診所就醫時，自行負擔門診費用僅約12%；民眾於醫院就醫時，自行負擔門、住診費用僅約9%，明顯少於法定額度，主要的原

因是，衛生署及健保局考量到過高的部分負擔，將會造成民眾的就醫障礙，故捨定率而採取定額的部分負擔。

建議四

應落實健保法第34條，但對門診高診次保險對象輔導無效者，雖有全民健康保險法醫療辦法第42條：……除情況緊急外，不予給付規定，但不易執行。行政單位應以公權力介入的方式，得以維持制度的公平合理性。

說明(一)

門診高診次保險對象在
於免部分負擔及部分免
掛號費有關。

說明(二)

如何改善方式？

- 一般民眾需部分負擔
- 一般民眾免部分負擔
- 榮民及低收入戶

說明(三)

一般民眾需部分負擔

高利用率有增加趨勢，應澈底實施健保法第34條(連續兩年如全國平均每人每年門診次數超過12次，即應採行自負額制度)，落實使用者付費觀念。

說明(四)

一般民眾免部分負擔

- 大多數為重大傷病患者、3歲以下兒童及部分縣市第3胎，問題較少，且需求性確實較一般民眾為高。免部分負擔部分宜由社福部門支應。

說明(五)

榮民及低收入戶

爲問題較大族群，與免部分負擔且部分免掛號費有關，且類別占率亦較上述二大類民衆利用率高，達20至40倍。是否落實健保法第37條不依第33條規定轉診就醫者不在此限？

建議五

- 外籍人士來台健保納保，侵蝕健保；宜儘早修法，外籍人士應以雇主及自營作業身分納保，其健保自負比率為**100%**，一律採最高級距納保。至於海外民眾停保復保制度，亦應一併修法，可以避免一些投機者，不當利用台灣國內的健保資源。

說明(一)

外籍專業人士來台，目前每個月只要繳**659**元健保費就可以健保吃到飽，侵蝕健保。外國人參加台灣健保的資格若與台灣人民一樣，既不公平也不合法。宜儘速修法，外籍專業人士應以雇主及自營作業身份納保，其健保自負比率為**100%**，一律採最高級距納保或民間保險。可以減少部分外籍專業人士利用台灣健保「俗擱大碗」的特色，「呷好通相報」。

說明(二)

每年估計近20萬旅外民眾停保又復保，其中約有一萬二仟多人可能是專程自國外返台辦理復保就醫，這些人估計至少花掉一億元以上的醫療費用，其中約有三分之一是用在治療牙齒疾病，且治療心臟疾病及白內障的也不在少數。對於住在台灣的民眾極不公平，應一併修法，至少需居住滿4個月以上才能辦理復保，可以避免一些投機者，不當利用台灣國內的健保資源。



THANK YOU FOR YOUR ATTENTION