

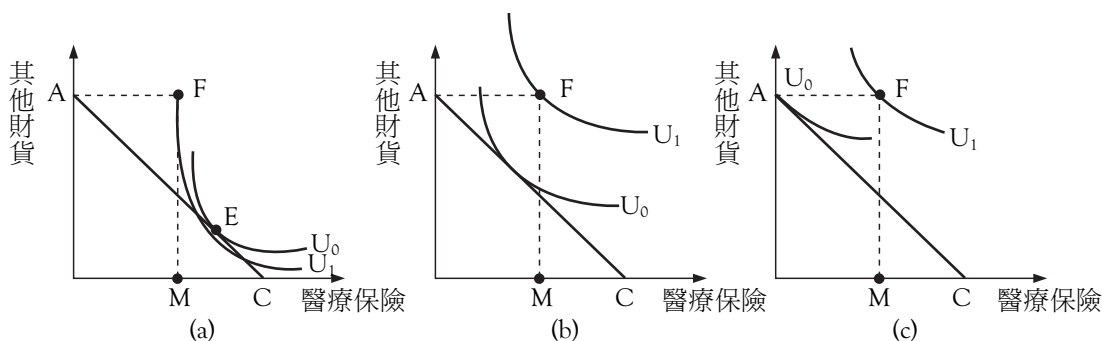


圖 9-5 公辦醫療保險對私人醫療保險的可能排擠狀況

第二節 全民健保制度

大多數的OECD主要國家在1980年代以前皆已建立各種不同形式的全民健保制度，也就是透過一般稅收或強制性社會保險的方式，籌集醫療服務所需的財源，使得全國民眾不論所得高低，皆有使用相同醫療服務的機會。1995年3月1日，臺灣繼日本及韓國之後，成為亞洲第三個實施全民健保的國家。本節介紹臺灣的全民健保制度，主要為健保的實施狀況、面對的問題及對策。

壹、臺灣全民健保的目標及實施狀況

臺灣的全民健保有三個主要的政策目標：一、公平就醫：提供全體國民適當的醫療服務，增進其身心健康；二、總體經濟效率：控制醫療費用於合理範圍內；三、個體經濟效率：有效利用醫療資源。而為了達成這些政策目標，全民健保制度具有五大特色（江東亮、文羽苹、謝嘉容，2014）。

一、全民強制納保

根據《全民健康保險法》，所有國民不分性別、年齡、收入和健康狀況，都有權利及義務參加全民健保。全民健保保險對象目前依其工作性質分為六大類，並分屬不同的投保單位。

二、以保險費為主要財源

全民健保的本質為社會保險，主要財源為保險費，其他財源則包括補充保險費、彩券收入及菸酒稅等。在保險費部分，保險對象、政府及雇主的負擔分別為

37.6%、33.7%和 28.7%。

三、綜合醫療給付

全民健保提供統一的綜合醫療給付，涵蓋門診、住診、急診、藥劑、檢驗、復健、精神疾病治療、居家照護及特定之預防服務。另為了提高被保險人的成本意識，減少道德風險，全民健保規定部分負擔，故保險對象除了掛號費外，尚需負擔 20%的門診費用和 10%的住診費用，然低收入戶及重大傷病患者可免部分負擔。

四、公共單一支付制度

衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱中央健保署）是承辦全民健保業務的唯一機關，為了提高行政效率及發揮單一支付制度的獨買力，中央健康保險署統合公、勞、農保之醫療給付外，下設六個區業務組，處理承保及醫療給付作業。但在供給面則採特約制度，目前醫院特約率接近百分之百，西醫、中醫與牙醫診所都超過 90%。

五、總額預算制度

為了達到總體經濟效率，總額制很早就被提出討論。1998 年起分階段開始實施總額制度，由牙醫開始，再來是 2000 年的中醫總額及 2001 年的基層醫療總額制，最後則是 2002 年的醫院總額制度。在總額預算制度下，全民健保雖然採行多種醫療費用給付的方式，但仍以事後論量計酬為主。由於事後論量計酬制度提供醫療院所「多服務，多收入」的誘因，中央健保局在健保開辦後，即不斷進行各種支付制度改革。

全民健保最大的成就為達成保障公平的目標，除了縮小貧富之間的就醫差距，並減少因病而貧的社會問題，在總體經濟效率的目標上，亦達成醫療保健支出占 GDP 比例低於 7%的成就。然而全民健保在有效利用醫療資源的目標上並未達成，除了影響總體經濟效率，亦使其永續經營出現了困難。

貳、臺灣全民健保的問題

目前臺灣全民健保面對的問題主要可歸納為：財務問題、公平問題及醫療費用成長問題。

一、財務收支不平衡導致赤字之問題

全民健保自 1995 年整合各社會保險系統以來，以財務自給自足、隨收隨付 (pay-as-you-go financing) 為原則，財源大部分由保險費支應，並有自負盈虧且不以累積盈餘為目的的期望。健保的收入財源結構如圖 9-6 所示，即保險財務收入主要來自於被保險人、雇主及政府共同分擔的保險費，少部分為外部財源挹注，包括保險費滯納金、公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐等補充性財源。

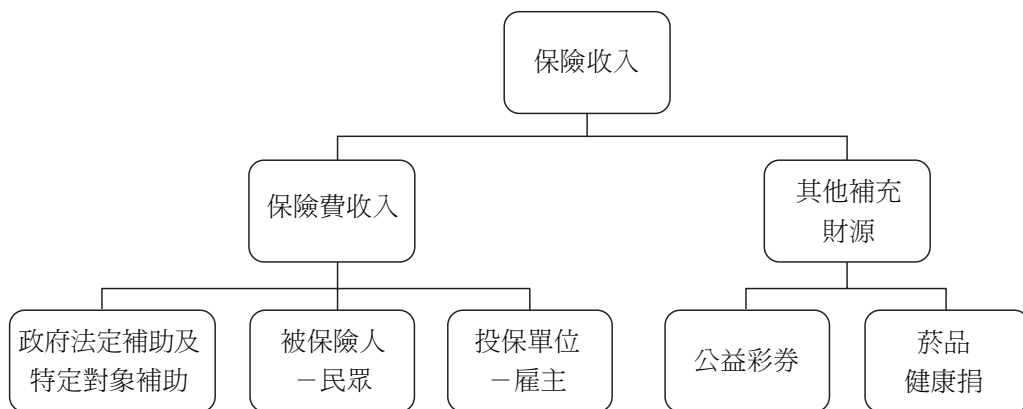


圖 9-6 全民健保保險收入財源結構

資料來源：郭振雄、何怡澄、林翠芳(2012)。

然自全民健保開辦後，其保險收支從 1997～2009 年的十幾年中，經計算年平均成長率相差約 1.25%，財務缺口日益擴大¹。至於健保收支產生赤字的主因可能有以下四點：（一）收入及支出間缺乏連動機制；（二）人口老化；（三）醫療科技進步；及（四）醫療服務內容增加（行政院衛生署，2011）。

全民健保收支失去連動的原因為收入與支出面各自決議。由於過去健保的總額是由費用協定委員會在行政院核定的範圍內協定，但監督健保業務的全民健保監理委員會實際上僅為諮詢機構，未能對於保費調整有實際上的作為，是故收入面與支出面分別為健保監理委員會與費用協定委員會進行討論與協商，各自分別作成決議的結果導致收支失去連動。

由於全民健保實施多年後出現種種問題，故自 2001 年起我國政府開始「二代健保」的改革工作，邀請各領域之專家學者針對全民健康保險制度之設計與運作

¹ 1997～2009 年保險收入平均成長率為 4.02%，保險支出同時期年平均成長率為 5.27%（郭振雄、何怡澄、林翠芳，2012）。

進行分析與檢討，前後歷經 12 年，終於在 2013 年完成《全民健康保險法》的修法。

在一代健保期間，保險財務的精算結果均顯示費率需要調整方能取得健保的財務平衡，然由於政治考量，健保保費費率在一代健保的 10 年期間只調整了兩次，分別是 2002 年 5 月由 4.25% 調整為 4.55%，以及在 2010 年 4 月由 4.55% 調整為 5.17%。而二代健保法對於精算的期程拉長為 5 年精算一次，而費率調整的法定權力也從立法授權衛生福利部在法定範圍內行使，改為須經立法院審議通過方得實施。如此一來，要透過精算報告的建議進行費率的調整將更形困難。

二、水平及世代的公平問題

全民健保於 1995 年開辦時，整合原有公、勞、農保等十三類健康保險計畫，並擴大投保對象至農保、勞保之眷屬及地區投保者，形成六類十四目的保險人分類。因為各類別保險對象的保險費中，勞工、資方、政府等三方負擔的比率不同，無可避免地引發「水平不公平」的爭議。自全民健保開辦以來，平均每年支出金額成長率高於同期 GDP 的成長率，且受僱者之投保薪資僅採計「經常性薪資」，但資料顯示薪資占國民所得之比例，由 1982 年的 70.2% 逐年遞減至 2002 年的 59.4%。這也是二代健保原本規劃提出擴大民眾參與給付範圍及保費分擔，以家戶總所得作為保費計算之基礎，政府與資方則改依固定責任分擔保費，以建立收支連動制度。然而最後二代健保在這方面的改革並未成功，而是以補充保費的形式，讓非經常性薪資亦計入健保的收入來源，以求公平。

除了橫向時間軸上的不公平外，健保的隨收隨付制亦造成了世代間的分配問題。由於今年跟所有被保險人收取的保費，在明年幾乎會全數拿來支付醫療費用，僅留有 1~3 個月保險支出的安全準備。然而，若經濟未成長，或工作人口減少，或是醫療風險事件產生的財務需要增加時，保險收入便會有不足或是保險支出會增加的風險，造成未來世代的負擔變重，或者是能獲得的服務項目減少、水準降低的世代不公平現象。

三、醫療費用持續增加問題

全民健保開辦後，臺灣的醫療支出即呈現不斷上漲的趨勢。我國醫療保健支出的總額，從 1980 年的 495 億元，增加為 2010 年的 8,912 億元，在這段期間，平均年成長率高達 10.1%。以人均醫療保健支出來看，更是從 1980 年代的 2,805 元，上升到 2010 年的 38,323 元，30 年間增加了 13.7 倍。醫療支出擴張的主因來自於

醫療保健物價的上漲、人口老化以及醫療保健服務能量的變化，主要是因為大醫院的擴增與中小醫院的萎縮，也讓越級就醫現象愈發嚴重，醫療生態的扭曲也是健保支出成長的原因之一。

國家衛生研究院於 2001 年完成的「全民健保體檢小組報告」亦指出，在醫療供給面的部分，由於論量計酬為主的支付制度未依品質及成本訂定支付標準，促使醫療提供者增加服務量，藥品與檢驗檢查次數大幅增加，但因急重症及住院照護支付偏低，導致大型醫院不斷擴張一般門診部門，並影響各科別醫師人力的供給與發展。在需求面的部分，因為不必要的就醫及藥品過度利用等現象，導致就醫次數的增加及醫療費用的快速成長。

參、改革方向

面對全民健保造成的財務、公平及醫療費用成長之問題，未來的改革應包括下列幾個面向。

一、收入面的量能負擔及擴大收入

為穩固健保財源，使健保永續經營，二代健保採「量能負擔」原則，也就是所得較高的民眾有能力多繳保險費，故對現行一般保險費計費基礎過度依賴經常性薪資所得的情形予以適度調整。為了擴大保險費基，「二代健保」的保費收入，除了以經常性薪資對照投保金額所計算出的「一般保險費」之外，再加上「補充保險費」，圖 9-7 列出健保補充保費的內涵。希望藉由擴大保險費基，拉近相同所得者之保險費，達到負擔之公平性。除了健保費率調整以及補充保費的課徵外，郭振雄等人(2012)亦提出可以效法有些國家對檳榔、肥胖、汙染、奢侈及博弈等行為課徵租稅，並專款專用於社會保險制度及健康醫療支出上，以增加我國全民健保制度的收入面。

二、給付改革及權責對等模式

除了收入的調整外，為了永續經營，全民健保亦對提高醫療資源的利用效率進行改革，主要是給付改革，即調整部分負擔及支付制度的改革。然而不論是提高部分負擔金額或是增加部分負擔範圍，目前的效果皆有限；支付制度改革則包括建立總額預算制度、住診支付制度改革、門診支付制度改革等等，二代健保主要規劃經由導正支付誘因而提升醫療服務的效率與效果，強化總額支付受託單位之專業自律能力與責任，建立權責相符的健保協商制度，並釐清健保協商與共同

二代健保保險費＝一般保險費＋補充保險費	
保險對象：第1類至第4類及第6類收取補充保險費	
一般保險費	以第1類為例：負擔比率為30% 第1類～第3類：投保金額×一般費率×負擔比率×（1＋依附眷口數） 第4類及第6類：定額保險費 眷屬人數如超過3口，以3口計算
補充保險費	高額獎金 執行業務收入 兼職所得 股利所得 利息所得 租金收入 ×補充保險費率

圖 9-7 二代健保費來源

註：(1)目前一般保險費費率為4.69%；補充保險費費率為1.91%。

(2)兼職所得：非屬投保單位給付之薪資所得。

資料來源：衛生福利部中央健康保險署，[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx? menu = 17&menu_id=659&WD_ID=897&webdata_id=5405](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=659&WD_ID=897&webdata_id=5405)

管理之範圍，以建立權責對等之共同管理模式。此外，為了解決收支不連動的問題，全民健康保險監理委員會和全民健康保險醫療費用協定委員會於2015年合併為「全民健康保險會」，統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用總額協定等重大財務事項之審議，使集體協商在較有系統之架構下進行。

三、政策的擴大參與及透明

鑑於健保規劃初期係由技術官僚與學者專家所主導，雖有助於全民健保的推動，但缺乏一般民眾參與相關政策的管道與能力，而長期在體制內參與政策協商之團體，又面臨團體代表性的問題，且仍有許多尚未於體制內參與健保事務的團體，包括多數的社福團體與病友團體。因此規劃小組建議應該針對社會團體及一般民眾參與健保政策之能力與管道進行規劃，建構多元參與管道，並因應多元參與的需要，研擬未來保險組織之治理架構。在擴大社會多元化參與的層面，二代健保規劃內容建議增加社福團體代表、建立多元化決策參與和協商模式、啟動公民參與機制及建立公共討論平臺、強化民眾參與政策的知能等項目進行改革。在健保組織體制的層面，規劃小組建議將全民健康保險監理委員會和全民健康保險醫療費用協定委員會二會合一，並成立行政法人全民健康保險機構。

四、各制度的相互配合

另有些國家（如德國）僅限提供照顧服務，不提供護理、復健等醫療服務，以利與健保區隔。而我國社會保險制度之建構，亦應思考如何有效銜接與整合各體系之服務，並且提出相關之配套措施，例如健保制度可進行支付制度改革以減少社會性住院問題，以讓資源更為妥適地配置。

第三節 長期照護

由於社會結構老齡化，失能需要長期照護的老年人口持續增加，成為家庭與社會的負擔，長期照護已成為現代所有國家面臨的迫切議題。本節說明長期照護的需求及其演進，政府介入長照市場的理由，以及臺灣長期照護政策的演進；由於長期照護和健康保險一樣，財務籌措與管理通常為其政策成功之核心因素，故特別就財務部分做更詳細之說明。

壹、長期照護的需求及演進

一、人口老化造成長照需求增加

近年來所有已開發國家幾乎都面臨老年化問題，已開發國家的老人總數，預計到 2020 年會占全球老人總數的 75%，而在 OECD 國家中，65 歲以上人口占總人口之比率，於 1960 年平均為 8.7%，至 2000 年平均為 13.8%，預估 2040 年平均為 25.6%。這種由於高齡化、平均餘命的延長、疾病型態的轉變及失能人口大幅增加等因素，有關長期照顧服務的需求也日益增加。圖 9-8 為 OECD 國家於 1990~2010 年的公共衛生及長期照護費用占總公共支出的比例，可看出該比例的持續攀升趨勢。

（一）失能人口的增加

臺灣人口老化快速以及醫療進步使人口餘命延長，根據行政院經濟建設委員會(2012)採中推計結果，2025 年我國老年人口占總人口比率將為 20.1%，成為超高齡(super-aged)社會。許多人因為醫療進步而從疾病侵襲中存活下來，但可能在日常生活活動上需要他人協助的狀況下，成為失能人口，如表 9-2 所示，預估在 2026 年達 103.9 萬人，是故長期照顧成為社會關注之議題。