

全民健康保險制度規劃報告 (摘要)

編輯部

近二十年來，我國由於經濟持續快速發展，平均每人所得已近八千美元，政府與全體國民均體認加強社會建設之重要性，而國民健康之保障為其首要之務。基此，檢討我國現行社會保險制度，並參採世界各國先進國家之實施經驗，政府決定於民國八十三年達成全民健康保險其基本目標為：

1. 提供全體國民適當之醫療保健服務，以增進國民健康；
2. 控制醫療費用於合理範圍內；
3. 有效利用醫療保健資源。

為達成上述目標，採取下列實施策略：

1. 健康保險，全體國民一律納入，並以社會保險方式強制全民投保，使全體國民獲得基本保障；
2. 國民健康保險與其他社會保險分開，單獨辦理；
3. 保險費以被保險人為單位收繳；
4. 國家總資源分配，以一固定比率為上限，用於醫療費用；
5. 在「不浪費」與「不虧損」二大原則下，醫療給付應採部分負擔，即病人就診時，自己付出部分費用，以提高被保險人正確成本意識；國民健康保險應立法，建立獨立且自給自足之財務制度，財務收支不平衡時，應即時調高保險費，以健全保險財務基礎；
6. 全民健康保險之醫療給付，宜採單一制度，預設總額預算，使醫療費用可以控制在一個合理範圍內，提高醫療服務效率，減少浪費；
7. 應加強規劃辦理轉診制度與充實偏遠地區醫療設施，並妥善分配醫療資源於預防保健、治療及復健等；
8. 健全健康保險體制，使全民在自助互助之精神下，公平分攤傷病風險，並增進行政效率；
9. 加強教育宣導工作，期使國民建立正確知識。

基於以上基本目標及實施策略，全民健康保險之基本規劃架構如下：

一、保險對象

- (一)凡定居臺閩地區六個月以上之中華民國國民，除軍人外，一律納入全民健康保險。
- (二)保險對象包括被保險人及眷屬，眷屬除配偶、父母、子女外，並考慮包括專屬被保險人扶養之二親等親屬。
- (三)應為被保險人者，不得以眷屬身份投保。
- (四)被保險人分由「職業團體」與「地區團體」投保，應由職業團體投保者，均不得由地區投保團體投保。

二、保險給付

- (一)全民健康保險對生育、疾病及傷害事故，一律提供醫療給付。
- (二)給付項目以現行公勞農保醫療給付為基準，並作適度調整。
- (三)有效之預防保健項目納入給付範圍。

三、部分負擔

- (一)採醫療費用部分負擔制度，以提高被保險人正確成本意識。
- (二)被保險人應自行負擔門診費用 20-30%，住院費用 10-15%，不依轉診越級就醫者，加重負擔。
- (三)低收入戶之部分負擔，由社政機關以醫療費用補助方式全額核退，但越級醫療者不予補助。
- (四)生育及經指定之預防保健服務與重大疾病，免除部分負擔。
- (五)部分負擔設定上限，其標準為平均每人所得之 10%。

四、保險醫療機構

- (一)醫院及診所採全面開放申請方式，經評鑑合格

後特約之。

(二)醫療資源缺乏地區，從寬特約醫療院所，並提高其醫療費用支付標準。

五、保險財務

(一)成本初估

1. 全民健康保險於民國八十三年全面實施，係依隨收隨付方式初估，其醫療及行政費用約需 3,161 億元。
2. 因應老年人口增加，宜籌設「公積金」或其他制度，預為將來長期療養及居家照護所需之財源。

(二)財務負擔

1. 財源來自於保險費。
2. 保險費依被保險人薪資之一定比率計算收繳。
3. 保險費分擔比率詳表：

區分	被保險人	眷屬	
		有一定雇主之被保險人	無一定雇主之被保險人
職業團體保險	有一定雇主之被保險人維持現行辦法	自付 50% 雇主 50%	自付 50% 政府 50%
地區團體保險	高收入者	自付 100%	
	一般國民	自付 50% 政府 50%	
	低收入戶	政府 100%	

4. 總費用分擔比率：全面實施時，費用負擔比率——政府約為 34%，雇主約為 28%，被保險人約為 38%。

(三)財務責任制

1. 全民健康保險應自給自足，保險費以隨收隨付方式加以精算，政府、雇主與被保險人以固定比率分擔。
2. 立法建立保險精算及財務責任制度，依國際慣例以二十五年期推算保險費率。同時建立精算平衡區，預估財務收入及支出，超過精算平衡區時，保險費率應在法定範圍內自動調整。

3. 建立獨立之財務監理制度，期使財務透明化；保險費率不敷實際需要時，主管機關及立法機關應即十足調整保險費率。
4. 應設置保險安全基金，因應短期財務波動。
5. 應建立獨立會計制度，保險年度預算，除政府補助保險費之部分外，均不編入各級政府預算中。
6. 應與財稅單位密切配合，嚴格從實查核投保薪資，健全保險財務。

六、支付制度

- (一)建立單一支付制度及總額預算，期能維持醫療費用支出於合理範圍內。
- (二)成立支付委員會，每年協定合理之預算總額，及住院、門診、中醫及藥品等費用之分配比例。支付委員會下，分設醫師小組、醫院小組、藥品及其他小組。
- (三)逐步採用 DRG 為住院醫療費用之支付基準。支付率係根據統一成本會計制度核算其實際成本而決定。
- (四)採用論次計酬為門診醫療費用之支付基準，成本核算分診療費及藥劑費兩部分，其基準根據統一之成本會計制度核定。
- (五)藥品支付基準分為藥品購入價格及藥事調劑服務費，藥品購入價格依購入成本核算。

七、保險體制

- (一)全民健康保險以「社會福利暨衛生部」為主管機關，設置「中央社會保險局」為承保機關，統一辦理。
- (二)制定「國民健康保險法」。
- (三)全民健康保險總費用中，規定固定比率用於評估全民健康保險辦理績效及研究發展事宜。

八、醫療體系

- (一)醫療資源分配，應以總體規劃為主，市場競爭為輔。
- (二)落實醫療網計畫，獎勵民間在醫療資源較為缺乏地區，增（改）建地區醫院，並廣設基層醫療機構。
- (三)檢討公立醫院角色及功能，研究公立醫院民營化之可行性。
- (四)全民健康保險總費用中，規定固定比率用於預防保健及教育宣導。
- (五)被保險人有權向醫師索取處方箋，自由選擇在

就診醫療院所或保險藥局調劑。

九、保險資訊

(一)為正確掌握被保險人基本資料，有效管理保險醫療機構，提高保險行政效率，充分掌握保險有關資訊，以提高保險決策之品質，承保機關內應設立適切規模之資訊部門。

(二)全民健康保險資訊系統至少應包括被保險人基本資料（包括保險費計算收取），醫療院所醫療保健服務利用（包括費用申報支付），醫療保健服務品質等次系統。

十、配合措施

(一)教育宣導：

成立全民健康保險宣導小組，推動民衆及學生對健康保險認知、態度與行為之基礎性調查，研討教育內容與方式，訂定教育宣導計畫，進行實驗性及全面性教育宣導，並不斷評鑑及修改教育宣導計畫。

(二)法令修訂：

除制定「國民健康保險法」、「中央社會保險局條例」之外，主管部應配合全民健康保險之實施，訂定相關子法及業務規章；現有保險制度相關法令，同時由各該主管機關配合修訂。

(三)人才培訓

1. 大學設立社會保險或健康保險研究所或研究中心，有關系所增開健康保險相關課程，其修習學分酌予增加。
2. 甄選 100 名至 150 名大學程度以上之人才，出國攻讀醫療經濟、社會保險精算、醫療服務體系規劃、社會保險、醫院管理以及有關全民健康保險相關科系之博士學位。
3. 由國內大學相關科系，與國外知名學府建立長期教學研究合作計畫，有系統大量培育專業人才。
4. 按保險人口增加比例，考用所需行政人員。
5. 主管部門設立專責訓練機構，辦理職前訓練及在職訓練。
6. 為規劃工作迫切所需，遴選國內具有水準之相關業務人員 100 名，前往國外短期進修。
7. 寬籌訓練及研究發展經費，其預算不宜低於全年醫療費用之 0.5%。

摘自／全民健康保險制度規劃報告／行政院經濟建設委員會 全民健康保險研究計劃專案小組／中華民國七十九年六月

