

行政院及所屬各機關出國報告  
(出國類別：出國考察)

## 美國奧瑞岡州健康計畫考察報告

服務機關：中央健康保險局

出國人職稱：副經理 秘書 課長  
姓名：李麗華 唐蕙文 張美玲

出國地區：美國

出國期間：91/12/27-92/01/03

報告日期：92/04/02

J4/  
C09200153

行政院及所屬各機關出國報告提要

出國報告名稱：美國奧瑞岡州之健康計畫

頁數 21 含附件：V 是

出國計畫主辦機關

行政院衛生署中央健康保險局

聯絡人/電話

劉彥秀/27029959

出國人員姓名/服務機關/單位/職稱/電話

李麗華 行政院衛生署中央健康保險局台北分局 副經理

唐蕙文 行政院衛生署中央健康保險局台北分局 秘書

張美玲 行政院衛生署中央健康保險局台北分局 課長

出國類別：V1 考察2 進修3 研究4 實習5 其他

出國期間：91/12/27-92/01/03 出國地區：美國

報告日期：92/04/02

分類號/目：J4/公共衛生、檢疫

關鍵詞：健康計畫

內容摘要：奧瑞岡州健康計畫 1989 年發起之動機乃起因於二年前該州立法委員會議決定停止低收入戶醫療保險之器官移植給付，該健康計畫各項重要議案於 1989 年獲得通過。奧瑞岡州健康照護委員會採取成本效益分析方法並依 4 項標準（醫療項目成本、醫療項目療效、醫療效益持續性、社會大眾意見）進行排序。奧瑞岡州健康計畫的特色為：所有州民所得低於聯邦貧窮水平（FPL）者均可加入低收入戶醫療保險；訂定低收入戶醫療保險給付項目優先順序表，並由州議會依財務預算決定給付範圍；雇主必須為員工投保優先順序表中給付項目。此計畫之實施，使得該州醫院急診人次下降約 5.3%，參加此計畫低收入戶醫療保險部分的人數增加後，相對亦減少慈善照護及私人醫療保險支出。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網（<http://report.gsn.gov.tw>）

## 摘 要

奧瑞岡州健康計畫 1989 年發起之動機乃起因於二年前該州州政府決定停止低收入戶醫療保險之器官移植給付，該健康計畫各項重要議案於 1989 年獲得通過。

奧瑞岡州健康照護委員會採取成本效益分析方法並依 4 項標準（醫療項目成本、醫療項目療效、醫療效益持續性、社會大眾意見）進行排序。

奧瑞岡州健康計畫的特色為：所有州民所得低於聯邦貧窮水平（Federal Poverty Level, FPL）者均可加入低收入戶醫療保險；訂定低收入戶醫療保險給付項目優先順序表，並由州議會依財務預算決定給付範圍；雇主必須為員工投保優先順序表中給付項目。

此計畫之實施，使得該州醫院急診人次下降約 5.3%，參加此計畫低收入戶醫療保險部分的人數增加後，相對亦減少慈善照護及私人醫療保險支出。

## 目 錄

壹、目 的	1
貳、過 程	2
參、心 得	17
肆、建 議	19

附錄一：Comparison of OHP with Commercial Plans

附錄二：Current premiums for OHP Medicaid demonstration

## 目 的

為使全體國民藉由自助互助及風險分擔方式，獲得完善醫療照護，並去除就醫障礙，我國於民國八十四年開始實施全民健康保險，實施八年多來，由於人口結構快速老化及醫療科技發展，民眾對醫療需求不斷提昇，致使醫療費用急遽成長，使得健保財務產生危機，近年來為解決健保財務問題，行政院衛生署及健保局實施多項財務改善方案，以永續維護國民健保權益，而已實施之財務改善方案可分為開源及節流兩類，其中開源方案包括有爭取公益彩 盈餘分配及菸品健康福利捐、代位求償汽機車醫療事故費用、調整保險費費率.....等，節流方案則包括有實施總額支付制度、調整藥品支付價格及部分負擔費用、查核不法院所.....等，惟上述各項方案之實施，部分涉及增加民眾負擔而倍受爭議，且引發應減少醫療浪費之討論，而在尋求因應健保財務危機方案期間，減少給付項目亦在分析之列，且可減少上述爭議，惟因有大小病不易區分、加重醫療弱勢者負擔，傷害就醫公平性及有整體醫療費用不減反增之疑慮而未獲採行。本次考察奧瑞岡州健康計畫，即為瞭解該計畫以建立最好的健康照護系統，而非提供所有給付項目觀念所規劃內容、發展經過及結果，以做為我國全民健保實施參考。

## 過 程

### 一、考察人員

中央健康保險局台北分局	副經理	李麗華
中央健康保險局台北分局	秘 書	唐蕙文
中央健康保險局台北分局	課 長	張美玲

### 二、出國期間

中華民國 91 年 12 月 27 日至 92 年 1 月 3 日

### 三、考察行程

本次出國考察行程如下：

日期	行程
十二月二十七日（週五）	台北到美國波特蘭
十二月二十八日（週六）	赴 Corvallis 行程
十二月二十九日（週日）	Oregon Health Plan 專題研究
十二月三十日（週一）	Oregon Health Plan 專題研究
十二月三十一日（週二）	Prioritized List of Health Service 專題研究
元月一日（週三）	假日及蒐集資料
元月二日（週四）	赴舊金山轉機離開美國
元月三日（週五）	飛抵台灣

#### 四、美國奧瑞岡州簡介

奧瑞岡州位於美國西北區，南接加州及內華達州，北以哥倫比亞河與華盛頓州相隔，東鄰愛達荷州。占地 248,507 平方公里(約為台灣的七倍)，全美第九大州。卡斯卡德山將該州區分為兩個截然不同的地理區域。在卡斯卡德山以東的地區較為乾燥，植物的生長較為稀疏。而在卡斯卡德山以西地區、一直到太平洋沿岸的地區，植物的生長則極為茂密；海岸山地、克萊蒙斯山脈、威勒米特河谷、以及太平洋沿岸地區都位於西部區域。此處有高山、溪流、山谷、豐富的礦藏、以及濃密的森林。哥倫比亞高原由卡斯卡德山以東向奧瑞岡州的東北方延伸；這是一處地勢崎嶇的岩石地帶，常可見被河流切割而造成的深峻峽谷。位於東南方的盆地/山地地區土地較為乾燥。奧瑞岡主要的河流有位於東部的蛇河，以及位於北部的哥倫比亞河。該州主要的城市有：波特蘭 (Portland)、尤金 (Eugene)、沙倫 (Salem，州首府)、葛雷森 (Gresham)、以及比佛頓 (Beaverton)。該州的人口大約有三百二十萬 (約為台灣人口的 1/7)。



## 五、奧瑞岡州健康計畫（Oregon Health Plan,ORH）歷史背景

奧瑞岡州健康計畫係於1989年州議會會期中，由健康照護機構、保險業者、企業、勞工代表及消費者代表聯盟共同發起。動機乃起因於兩年前奧瑞岡州政府停止低收入戶醫療保險之器官移植給付，以致此項醫療費用高漲，約漲為2倍。當時一位男孩因罹患急性淋巴球白血病，急需接受骨髓移植，男孩父母為籌募醫療費用，引起媒體注意，但男孩仍因沒錢接受醫療而死亡，因而喚起大家對恢復器官移植為保險給付範圍的高度關注。JOHN KITZHABER 當時是奧瑞岡州一位醫師，也是州參議院議長，藉由上述事件於下一個議會期間，說服州議會同事進行健康照護系統基礎改革，而非僅針對器官移植議題進行討論，奧瑞岡州健康計畫各項重要議案因而於1989年獲得通過。

## 六、奧瑞岡州健康計畫發展過程及特色

1989至1995年間，美國奧瑞岡州州議會通過一系列公立及私立健康保險改革提案，上述改革案即為奧瑞岡州健康計畫，改革的目的是希望全體州民均可負擔並參加健康保險。此計畫重

點摘要如下：

- (一)擴大低收入戶（家庭所得低於聯邦貧窮水平之州民）的醫療補助資格。
- (二)為不健康者設立高風險保險。
- (三)提供小型企業較多保險選擇範圍，且當其員工更換工作時擁有較佳能力獲得健康保險的保障。
- (四)1989年州議會通過雇主須於1994年須為員工辦理加入健康保險或支付州保險基金之規定（但是1991年州議會會期中將上述法令生效日期遞延至1995年，而1993年之州議會會期又通過員工人數超過26人公司及低於25人公司實施該法令生效日期分別遞延至1997年及1998年。惟至1996年年初美國國會並未通過這項法令，由於州議會通過此項議案之實施期限已過，此項制度因而並未實施）。

奧瑞岡州健康計畫中有關擴大低收入戶醫療保險資格部分於1994年2月實施，實施第一年約有12萬人加入。至於高風險保險所提供權益亦與低收入戶醫療保險相似，保險費須在私立保險的1.5倍以下(1996年10月下降為1.25倍)，從事此項保險之保險公司則必須參與此項計畫基金，目前被保險人數超過4

千三百人。而為使受僱於小型企業員工亦可享有健康保險，州立保險委員會成立於1987年，並於1989年正式提供服務，目前約有9千家小型企業之2萬7千位員工參加。1993年小型企業雇主健康保險改革作業開始，1996年10月進行修訂並提供運作。

至於ORH的特色如下：

- (一) 所有州民所得低於聯邦貧窮水平(FPL)者均可加入低收入戶醫療保險。
- (二) 訂定低收入戶醫療保險給付項目優先順序表，並由州議會依財務預算決定給付範圍。
- (三) 雇主必須為員工投保優先順序表中給付項目。

此外，為達成此計畫在成本因素限制下，仍期望能擴大健康照護保險資格之宗旨，此計畫採用管理式醫療及給付限制兩項機制。大部分新加入低收入戶醫療保險者必須於所居住地區選擇特約之健康維護組織(目前約有1/4的低收入戶醫療保險參與者，大部分為老人或殘障者，可獲得傳統式論量計酬服務)，州政府依四種費率，每月依人數支付健康保險維護組織保險費用，以提供被保險人專科醫師及醫院之醫療及轉診服務。其中醫院醫療費用係採依人數論病例計酬(DRGs)定額原則支付健康醫療組織，而醫

院則視其與健康照護組織約定方式（可能為論病例計酬、論人計酬、按日計酬或論件計酬方式）獲得醫療費用支付。奧瑞岡州健康計畫此兩項機制有時被視為一種限額配給醫療照護方式，亦因而倍受爭議。

## 七、奧瑞岡州優先順序表

奧瑞岡州健康照護委員會（OREGON'S HEALTH SERVICES COMMISSION, HSC）係由 11 位委員共同組成，包括消費者、醫療及社會服務提供者等，其任務為負責擬訂醫療照護給付項目之優先給付順序，以利州議會依據財政預算決定給付門檻。HSC 採取成本效益分析方法並依下列 4 項標準進行排序，4 項標準分述如下：

- （一）醫療項目成本
- （二）醫療項目療效
- （三）醫療效益持續性
- （四）社會大眾意見

經由 50 多位醫師之評估，並對 1,001 位州民進行電話意見調查結果及辦理多次社區論壇，社區服務組織（Community Service

Organization) 獲得民眾熱烈參與提供對健保議題之相關意見。

優先順序表所產生初版的排序廣受批評，其中牙齒覆隨之給付優先於盲腸手術即為一例，此種結果主要係因順序表之產生由 HSC 根據社區論壇之社區價值決定，並未一再修正成本效益分析方法所致，而且預防保健及孕婦產檢獲得較高的排序，州政府醫療保險計畫規定應給付之項目之排序卻落於優先順序表之後端。此外由於奧瑞岡州所提低收入戶醫療保險擬擴大加保資格乙項，較聯邦政府規定之資格類別寬鬆，因此必須向聯邦醫療照護財務管理局申請放棄低收入戶醫療保險，其遲至 1991 年第一次提出申請，聯邦政府於 1992 年拒絕所提之申請，並聲明係因優先順序表與 Americans with Disabilities Act(ADA)有所抵觸，並會降低失能者健康狀況所致。

在洽詢聯邦政府人員拒絕原因後，奧瑞岡州 HSC 表示將對優先順序表訂定方法進行修正，修正重點將以治療項目之避免死亡、舒緩症狀及醫療成本為主，並兼顧社會價值（如重視預防保健之排序等）。其排序原則為 HSC 參照 DHHS (Department of Health and Human Services) 意見修改 1992 年 10 月版優先順序表，初步以原先避免死亡及成本排序資料為基礎，經電腦依下列 2 項原則進行處理：

- 1、將配對之疾病及處置依處置避免死亡的效果進行排序。
- 2、如排序產生得分相等情形，再依處置平均成本進行排序，成本高的處置項目排序於後；如避免死亡效果及成本均相等，排序則依診斷字母序排列。

之後聯邦政府雖核准奧瑞岡州棄權低收入戶醫療保險部分，但其中有關舒緩症狀相關項目因違反 ADA 條例，必須進行刪除，且 HSC 考量治療項目以避免死亡及成本進行排序，將產生不一致結果，因此 HSC 再次調整排序，調整方式為彙整各診斷之每一項治療方式，並將預防性之醫療項目排序優先於治療性醫療項目，且進行順序表審查工作，審查的方向有二，分別為是否須移動順序及移動的幅度，並依下列原則進行考量：

- 1、一般性預防保健服務中，兒童、成人及牙科預防保健服務應予納入。
- 2、安寧療護項目亦應予納入。
- 3、孕婦照護納入給付，且應包括懷孕時期照護及新生兒照護部分。
- 4、依聯邦政府規定，家庭計畫服務項目應列為高度優先順序。
- 5、疾病預防項目優先於疾病治療項目(如發育遲緩治療優先於子宮頸癌治療)。

- 6、將醫療無效性列入考慮。
- 7、將併發症之預防亦列入考慮（如白內障治療）。
- 8、未來成本亦列入考量。
- 9、考量奧瑞岡州低收入戶醫療保險未予納入美容項目。
- 10、考量疾病自我復原能力列入（如上呼吸道感染疾病）。
- 11、將整體器官系統及疾病源頭均列入考量。
- 12、公共衛生危險相關疾病應優先考量（如梅毒等可傳染疾病）。

根據上述原則進行項目順序調整後，新版優先順序表於是產生，HSC 並表示此一版本係以社會價值下之避免死亡、成本及上述 12 項原則為基而所發展生成，並已將 DHHS 顧慮與 ADA 衝突抵觸因素排除於外。此種排序即為奧瑞岡州低收入戶醫療保險給付範圍基礎，涵蓋項目共有 745 項，而計畫實施初期至 1995 年間，低收入戶醫療保險保險對象如經診斷卻有需要使用排序於前之 606 個項目，均可獲得給付。

#### 八、奧瑞岡州健康計畫醫療給付範圍

奧瑞岡州健康計畫醫療給付範圍詳如附錄一，並摘要如下：

#### 給付範圍

- 診斷
- 門診診療
- 醫療檢查（含牙科檢查）
- 家庭計畫
- 孕婦產檢及新生兒照護
- 處方費
- 住院醫療
- 安寧療護
- 牙科醫療
- 酒癮及藥癮治療

#### 不給付範圍

- 可自動痊癒的症狀，如感冒等
- 無法舒緩症狀的治療
- 無效治療項目
- 美容手術
- 不孕症治療
- 疼痛門診
- 減重計畫

### 九、奧瑞岡州健康計畫實施結果

奧瑞岡州努力改革最重要的結果即有許多原來無法擁有健康保險



的州民可獲得醫療範圍項目之給付（即奧瑞岡州健康計畫之實施，使得約 18 萬州民可納入低收入戶醫療保險給付資格），如此將可使這些人在疾病初期即可獲得有效的醫療照護，以免日後疾病惡化，將面臨無法醫治或需緊急醫療而耗費更大醫療成本情形。經由 Oregon Association of Hospitals and Health Systems (OAHHS)發表數據證實，此計畫之實施，使得該州醫院急診人次下降約 5.3%(以 1994 年與 1993 年比較)，門診急診就診人次亦下降約 1%；而該協會(OAHHS)後來發表 1995 年與 1994 年比較資料亦顯示，全州醫院急診人次仍持續下降了 2.1%，鄉村地區更下降約 6.2%。

此外當可參加此計畫低收入戶醫療保險部分的人數增加後，相對亦減少慈善照護及私人醫療保險支出，根據 1994 年 OAHHS 報告顯示，州立醫院慈善照護量與前一年比較約下降 18.7%，呆帳則減少了 10.6%，其中以波特蘭這個都會地區減少情況最為明顯，數據顯示慈善照護住院率及呆帳率分別減少 23.8%及 15.7%，於 1995 年前七個月期間，慈善照護住院比率與去年同期比較仍持續減少約 32.5%，呆帳率亦減少約 8.5%(鄉村地區更下降約 20.1%)；雖然低收入戶醫療保險對醫院急診照護之給付，要求保險對象須先經由診所醫師進行醫療，但由於許多健康維護組織仍支付醫院

急診照護，因此上述急診量減少情形仍被認同。此外，奧瑞岡州民接受扶養家庭協助案件之減少及低收入戶放棄社會福利等情形，均可視為低收入戶醫療保險改革成功之證明。

至於 1993 年期間奧瑞岡州對於小型企業員工增加私人健康保險範圍的鼓勵，效果似乎有限；但於 1996 年第 4 季時，改革卻產生顯著的效果，當時改革重點為要求小型企業提供與大型企業相同之健康保險計畫，並依保險對象年齡為調整保費依據，且三年期間保險費變動幅度則限於 50% 平均保險費以內，之後並將變動幅度限於 33.3% 以內；至於其他小型企業改革特色即為促使員工參與及維持健康保險範圍更為容易，受雇者如罹患疾病超過 6 個月以上，該項醫療即被排除於保險範圍以外，但如更換工作，則無須受到排除限制，至於該等受雇者如離開原來的保險公司，則須以高額保險費並透過高風險保險，才可獲得相同醫療項目，換句話說，受雇者須於保費價格及醫療保險範圍間進行抉擇，否則必須不斷更換工作，以維持醫療保險範圍；而依聯邦法令規定，罹患疾病如超過 18-27 個月該項保險範圍始會排除於外。

奧瑞岡州健康計畫中有關雇主命令部分，最初計畫於 1995 年實施，惟於 1993 年州議院通過實施日期延後至 1997 年及 1998 年(以企業員工數多寡區別)；於 1995 年州議會時通過廢止有關雇主命

令議案。但是雇主命令制訂與否須由聯邦政府決定，主要因為聯邦政府於 1974 年通過 the Employee Retirement Income Security Act(ERISA)其中有禁止州政府制訂受雇者醫療保險計畫條款，而國會 1996 年 1 月並未通過放棄 ERISA 條款，因此奧瑞岡州本項日落條款並未通過，雇主命令部分因而胎死腹中，該州全民納保的夢想亦因而破碎；直到目前，雖然該州低收入戶醫療保險依然實施中，但仍有約 40 萬州民（約該州 13%人口）尚未納入醫療保險。

#### 十、奧瑞岡州健康計畫的變遷

1995 年初州議院對低收入戶醫療保險機構推動降低成本專案，並於 1996 年年初實施，改變重點為將原來一個月收入如低於 FPL 水準即可符合加保資格 6 個月的規定，更改為申請者須提出 3 個月平均收入低於 FPL 水準（以 1995 年為例，三口之家月收入低於 1,049 美元者），學院學生將不再符合加保資格，而且所有申請者流動資產將限於 5 千美元以下，他們每月的保險費則訂定在 6-23 美元範圍間（詳附錄二）。精神醫療服務則於 1995 納入優先順序表，約有 25%低收入戶醫療保險參加者透過精神健康合約獲得醫療服務，並擬於 1996 年擴大精神健康合約實施範圍至全部低

收入戶醫療保險參加者，不過此項擴大範圍舉動卻遭州議會無限期延期。此外，為維持每人每月醫療成本不變，州議會命令州政府向聯邦提出給付項目門檻提昇至第 744 項之第 581 項，由於排除的醫療項目係接近於優先順序表底部，預料此項變更對於多數參加低收入戶醫療保險者將不會有嚴重影響。

## 心得

健康是珍貴而無價的，然而要提供全體人民有效的全部醫療保健照護是不易達成的目標，由於人類平均壽命延長、人口結構快速老化，加上醫療科技日新月異快速的發展，民眾對醫療需求不斷提升，造成醫療費用急遽攀升，使得保險費收入的成長遠低於醫療支出的成長。

奧瑞岡州，為了讓更多人保險的照護，對成本效益不佳的醫療排除在給付之外。目前我國在全民健保的體制之下，一方面要強制全民納保，一方面要不分成本效益的綜合性醫療照護。就長遠而言，這二項是互為對立的，不易做到讓被保險人與醫療院所雙方均滿意。

依據醫療照護之成本、效用以及對社會的效益等條件，將低成本高效益的項目列為優先給付的範圍、排除高成本低效益的項目在給付之外或許在實施總額支付制度之外又可增加一管控醫療費用之途徑。

另加強預防醫學的宣導與實施，多從事成本較低的初級預防，例如鼓勵民眾定期健康檢查與子宮頸抹片篩檢，減少未來使用昂貴之醫療成本的機會。

## 建 議

我國全民健康保險於 87 年發生財務收支逆差情形，經實施各項開源節流措施，使得財務危機延緩於 91 年才發生，為解決健保財務危機，於去年 9 月 1 日實施部分負擔新制及調整費率方案，惟根據精算計算，約可再維持 2 年財務收支平衡，為因應未來可能發生之財務失衡現象，預先規劃相關因應方案，實屬必要，而參考奧瑞岡州健康計畫中擬訂優先順序表，以決定給付項目的做法，建議可列為因應方案之一，此方案優點為符合保險原理及社會保險分攤原則，並可使醫療資源依需要進行配置，以發揮良好效益。

此外，基於全民健保政策係屬公共政策範圍，各項決策均攸關民眾權益，彙集民意以供政策訂定參考，為決策過程重要的一環，因此建議嗣後各項健保政策之規劃及訂定，可參考該計畫進行民眾意見調查或民意論壇，以瞭解社會價值，俾減少政策執行阻力及困擾。

## Comparison of OHP with Commercial Plans

Similarities	Exclusions
<p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Office visits</li> <li>• Immunizations</li> <li>• Diabetic supplies</li> <li>• Surgery</li> <li>• Skilled nursing facility</li> <li>• Emergency Room</li> <li>• Prenatal and maternity care</li> <li>• Ambulance</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Some Plans include:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Home health care</li> <li>• Hospital care</li> <li>• Provider care in hospital</li> <li>• Hospice</li> <li>• Durable medical equipment</li> <li>• Prescription drugs (commercial with copays)</li> <li>• <i>Chiropractic/acupuncture</i></li> <li>• <i>Chemical dependency</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cosmetic procedures</li> <li>• Reconstructive (except after breast cancer)</li> <li>• Routine foot care</li> <li>• Experimental, investigational</li> <li>• Obesity and weight control</li> <li>• TMJ and orthognathic surgery</li> <li>• Infertility treatments/drugs</li> <li>• Sexual dysfunction/drugs</li> <li>• Not medically necessary</li> <li>• Massage therapy</li> <li>• Surgery to alter refractive character of eye</li> <li>• Orthopedic shoes</li> </ul>
<p><b>Differences</b></p> <p><b>Inclusions by OHP, Not Commercial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Family planning (except Kaiser)</li> <li>• Preventive             <ul style="list-style-type: none"> <li>~ Dental exam and tx</li> <li>~ Eye exams and eyeglasses</li> <li>~ Unlimited mental health if diagnosis above the line</li> <li>~ Vision coverage</li> <li>~ Physicals (except HMO, PPO's)</li> <li>~ Hearing aids</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Inclusions by Commercial, Not OHP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergy injections (for seasonal allergies)</li> </ul> <p><b>Limitations* by Commercial Plans Not Restricted by OHP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mental health</li> <li>• Chemical dependency</li> <li>• Rehabilitation services</li> <li>• Hospice (maximum dollar limit)</li> <li>• Emergency ambulance transport</li> </ul>	<p><b>Exclusions by Commercial, Not OHP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Family planning (except Kaiser)</li> <li>• Preventive services (indemnity plans)</li> <li>• Dental and vision benefits</li> <li>• Prescription drugs (some indemnity plans)</li> <li>• Private duty nursing (some plans)</li> <li>• Mental retardation and autism for age &gt; 7 years</li> </ul> <p><b>Exclusions by OHP, Not Specifically Excluded in Commercial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certain medical and surgical conditions that are considered self-limited or the treatment is futile.</li> </ul>

\*limited by number of visits or by maximum dollar amount



Table 3.1: Current premiums for OHP Medicaid demonstration

FPL%	Single adult	Couple
0-50	\$6	\$6.50
51-65	\$15	\$18.00
66-80	\$18	\$21.00
81-100	\$20	\$23.00