

計畫編號：95K5090

行政院衛生署九十五年度委託研究計畫

探討各實施總額制度國家西元 2000 年後改革概況，

研提對本國之政策建言

研究報告

執行機構：國立陽明大學

計畫主持人：藍忠孚

研究人員：傅璿燁、姚宗瑋

執行期間：95 年 3 月 6 日至 95 年 12 月 5 日

\*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對媒體發布  
研究成果應事先徵求本署同意

## 目錄

目錄.....	2
附錄.....	3
中文摘要.....	4
英文摘要.....	5
第一章 緒論.....	7
第一節 研究背景與動機.....	7
第二節 研究目的.....	8
第二章 文獻探討.....	9
第一節 我國實施總額預算之發展、成果與困難.....	9
第二節 先進國家實施總額預算之經驗及最新之改革措施 .....	33
第三章 研究架構與方法.....	91
第四章 調查結果.....	94
第一節 我國健保總額之下遇到的困境及其解套.....	94
第二節 有關總額公式的討論.....	114
第三節 總額的切割與分配.....	120
第四節 健保給付範圍.....	130
第五節 總額存廢的討論.....	132
第六節 其他與總額間接相關之討論.....	136

第五章 研究限制..... 140

第六章 結論與建議..... 141

參考文獻

中文部份.....160

英文部份.....161

**附錄**

附錄一、聯絡國外學者之電子郵件.....165

附錄二、國內專家學者深入訪談名單.....168

附錄三、德國 2006 年 7 月 4 日健保改革法案摘要譯文..... 169

## 中文摘要

關鍵詞：總額預算、醫療費用、賽局理論、醫療體制改革

全民健保自實施醫院總額預算及自主管理後，國內醫界評聲四起，2004年十月初終於爆發台中榮總遭健保局處分、引發醫界反彈，以及地區醫院走上街頭抗議健保總額制度不公等事件。隨著總額支付制度的擴大實施，各種總額預算方式對於醫療資源配置及醫療行為影響，甚至是醫療品質都越來越受到矚目。在總額支付制度之下，醫療提供者之間具有既合作又競爭的關係，因此醫療提供者彼此之間能否趨向合作的良性互動模對於總額支付制度的成敗有相當的影響力。

目前有諸多國家(如德國、澳洲、瑞典、加拿大、荷蘭、英國等)採用總額預算。本研究乃是希望吸取國外經驗，提供我國改革之方針。然而，由於期刊文獻之資訊並非即時，因此本研究將以電訪及電子郵件的方式，徵詢國外學者寶貴意見。另一方面，將以深入訪談法訪問各界菁英。並以賽局論中利害關係者(stakeholders)的角度，分析各種賽局參與者(players)的策略(strategies)，從中找出兼顧學理與可行性的解套方式，期能對我國長期以來總額預算之困境提出具體改革建言。所得的結果是：總額預算在先進國家並不被強調，且在改革時往往不僅討論財務問題。多數國家漸漸排除中央集權來控制預算，保險人也開放給私人的來執行，所以保險人之間有較高的競爭性。此外，先進國家很強調公共衛生的角色，強調在健保中注入許多預防性的服務，並使用公共衛生的人才去評估有效性，效率和醫療服務品質。值得台灣參考。

## **Abstract**

Key words: Global Budget, Medical Expenditure, Game Theory, Health System Reform

There have been many commotions and disputes among stakeholders since the implementation of the Global Budget System. In Oct. 2004, Taichung Veterans General Hospital was penalized by the Bureau of National Health Insurance and caused resistances by medical service providers. There were also parades down the streets to demonstrate the inequity of Global Budget. With the expansion of the Global Budget System in Taiwan, different kinds of cost containment have more influences on medical resource allocation, medical performance as well as service quality. In addition, there exists both competition and cooperation among health care providers. Benign cooperation among providers thus becomes the key factor influencing the success of the Global Budget system.

Many countries, such as Germany, Australia, Sweden, Canada, Netherlands and the United Kingdom have implemented the Global Budget System. In this study, we assume the experiences of other countries can shed light on the pathway of the health care reform in Taiwan. We obtained precious opinions of experts from the countries as stated via telephone and e-mail. On the other hand, we also hold in-depth interviews with experts from Taiwan. Possible resolutions were proposed based on these opinions, theory and feasibility, and in views of different stakeholders. The results of this research would add greatly to the continuous implementation of the Global Budget System.

The conclusions are as follow. The Global Budget System is not

always emphasized in the developed countries. When it comes to health care reform, though financing is the chore, other problems may also be concerned about. Furthermore, most countries take the strategies of decentralization and privatization gradually, and therefore the insurers become much more competitive. Last but not least, these countries put emphasis on the role of public health, they invite experts from the public health sector to evaluate effectiveness, efficiency and quality of care. Also, the preventive service is covered in national health insurance. These provide important information for Taiwan's health sector.

## 第一章 緒論

### 第一節 研究背景與動機

在多種控制醫療費用的方法中，總額預算越來越受重視且其成效在許多 OECD 及亞洲國家都被證實(Hsueh et al. 2004、江東亮 1998)。然而，全民健保自實施醫院總額預算後，國內醫界批評聲浪四起，2004 年十月初終於爆發台中榮總遭健保局處分、引發醫界反彈，以及地區醫院走上街頭抗議健保總額制度不公...等事件。各種醫療問題常被歸因於當初為降低預算、防堵醫療資源浪費的總額預算制度。醫療服務點值縮水，嚴重打擊醫院收入，致使服務品質降低。為要解決總額預算造成的問題，健保局提出各種配套措施，諸如醫院自主管理、卓越計畫、醫院總額品質確保計畫、轉診制度...等，期能運用有限的醫療資源，創造最大的健康效益。然而上有政策，下有對策。在這些制度下，醫院為謀求最大利益，「高成本、低利潤」的病患成為人球；為爭取醫療服務點值而縮減門診量；或是為了節省成本，將進口藥以國產藥取代(熊心如,2005)。種種現象指出台灣健保除目前緊急的財務困境外，亦須考慮醫療品質的問題。至於總額預算是否有降低醫療品質之虞，則可藉由資源配置效率來探討。

目前有諸多國家(德國、澳洲、瑞典、加拿大、荷蘭、英國...等)之總額預算制度已行之有年。他山之石，可以攻錯，倘能瞭解國外實施總額預算之經驗，作為我國健保制度改革之重要參考依據，應可對我國總額預算制度提出具體改革方向及建言。

## 第二節 研究目的

本研究目標為吸取國外經驗，提供我國改革之方針，其具體目標為：

- 一、探討先進國家總額預算制度之實施成效，及相關之改革措施。
- 二、以電子郵件、電訪聯繫國外專家學者，取得國外總額實施情形及政策最新資料。
- 三、透過深入訪談徵詢國內專家學者對總額預算之意見。
- 四、提出針對總額預算制度之具體改革建言。



## 第二章 文獻探討

### 第一節 我國實施總額預算之發展、成果與困難

本節分為兩部分，首先將探討總額制度的發展過程以及目前的成果，並探討歷年總額公式及協商因素變動情形、總額分配情形及趨勢等；第二部分進而從各方文獻的查詢來獲得各界對於總額制度的意見與訴求，以了解總額支付制度所面臨之瓶頸。

#### 一、總額預算的發展與成果

本段分為幾個部分，首先將探討總額制度的定義及種類，接著從文獻來了解我國總額制度的發展過程以及目前的成果，並探討歷年總額公式及協商因素變動情形、總額分配情形及趨勢等。

##### (一)總額預算制度的定義

總額預算支付制度 (global budgets or expenditure limits) 是指在醫療產業下某些部分的醫療服務的花費上限控制。總額預算制度的精神，可分為以下幾點：

1. 依人口需要分配地區預算：劃分醫療院所責任區(財務及醫療責任)，配合醫療網建立健康社區，促進各區資源合理分佈，醫療院所之垂直與水平整合，鼓勵預防保健及疾病管理。

2. 分割西醫基層及醫院總額預算，促進醫院診所之分工與整合:使大型醫院重視急重症住院醫療，減少基層照護病人(primary care)，基層改善支付制度，提昇品質及民眾就醫可近性。

3. 分配部門預算:藉預算或支付標準調整機制，鼓勵(或抑制)不同部門服務之成長，導正資源錯置現象。總額預算在社會福利國家(如加拿大、英國、西班牙及荷蘭等)已實施多年，國家與醫療提供者，就人口老化(疾病嚴重度成長)、人口成長(服務量增加)及GDP成長(高科技醫療之成長，例如新儀器、新藥與GDP生長相符)等因素協商，預先協訂下年度醫療總額預算，以達控制醫療費用目的(黃焜璋, 2004)。

## (二)總額預算制度的種類：

### 1. 支付型態：

依據支付型態可將總額預算制度分為支出上限制與支出目標制兩類：(全民健保醫療費用協定委員會，2005)

#### (1)支出上限制 (Expenditure Cap)：

預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額。醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額係採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，反之則增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

## (2)支出目標制 (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的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過標準值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本。因此實際支出可能超出原先設定目標。

以我國為例，我國總額支付制度在實際運作上，係採支出上限制，即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額。

### 2. 適用服務部門:

依據總額預算實施部門的不同可區分為公立醫院、教學醫院、MRI、藥品、醫師、醫院、診所...等。以我國為例，我國各總額部門涵蓋的範圍如下：

- (1)牙醫門診總額支付制度以牙科門診所提供的醫療服務為範圍
- (2)中醫門診總額支付制度以中醫門診所提供的醫療服務為範圍
- (3)西醫基層總額支付制度以西醫診所的門住診醫療服務(含分娩及門診手術)、藥品(藥品及藥事服務費分別依藥價基準及以每點1元自地區預算預先扣除。)及預防保健為範圍。
- (4)醫院總額涵蓋範圍--以西醫的門住診醫療服務、藥品(藥品及藥事服務費分別依藥價基準及以每點1元自地區預算預先扣除。)及預防保健為總額涵蓋範圍。
- (5)非屬各部門總額支付制度範圍的醫事服務機構(助產所)及案件(護

理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護)。

### (三) 總額制度發展歷程與成果

我國自民國84年3月1日實施全民健康保險以來，在政府主導、強制納保的前提下，達成了平等就醫之目標，提高了民眾就醫之可近性。低費率、高水準的醫療服務更成為社會安全體系中不可或缺的一環。然健保開辦後醫療費用的支出，與原先健保「財務平衡，永續經營」的原則卻漸行漸遠，為了控制財務收支的均衡，加強對支出面的控制，在民國84年到86年期間，依法分別實施了就醫自付部分負擔、未經轉診加重部分負擔，以及違規申報醫療費用放大回推核減管制等措施。為了加強財務收支的監控管制，於87年6月建立財務收支監視系統，更在87年7月，從牙醫開始實施總額支付制度。88年4月為解決所謂藥價黑洞的問題，調降了藥價基準，並強力實施醫院合理門診量，另有自付門診藥費部分負擔上限、就醫高診次(25次以上)及門診復健(含中醫傷科)部分，同療程第二次起加收復健門診部分負擔等措施，也建置了醫療費用申報之醫病模式監控系統。之後，由於牙醫打頭陣的總額成效尚佳，對健保財政而言更是有效的控制了費用支出，於是緊接著在89年7月也實施了中醫總額。90年首先提高了自付門診藥費部分負擔上限，由原先的100元提高為200元。90年7月開始

實施基層西醫總額。到了91年，一連串的調高診所、中醫、牙醫、精神科等門診診察費及急診診察費。另外，為了推廣健保IC卡，又取消了就醫高診次部分負擔。而到了91年7月，醫院總額開始實施，但當局仍然持續一系列的控制支出措施，如91年9月實施自付檢驗部分負擔、提高醫學中心及區域醫院門診基本部分負擔金額等，但到了93年1月取消門診高利用部分負擔及門診檢驗檢查部分負擔；醫院總額實施之後，為了避免醫院為了衝量，或是為了控制看診量，而忽略醫療服務的品質，衛生署與健保局於是規劃了「卓越計畫」，但卻造成有些醫院在給付有保障的前提下，把病人往外推，甚至發生了「人球」事件，反而打擊了醫界的聲譽。之後，隨著侯署長上任推動多元微調，接著為了落實轉診制度，於94年七月又再度調漲了部分負擔，然而健保財政的問題仍然沒有解決，二代健保擬以家戶總所得作為費基的方案，目前亦未能正式上路；直至今日為止，民國96年度的總額預算已協商完成，但總額造成的相關問題與其面臨的困境，依然懸而未解。

表 1. 我國總額支付制度實施時程

實施項目	實施時間
牙醫門診總額支付制度	87 年 7 月 1 日
中醫門診總額支付制度	89 年 7 月 1 日
西醫基層總額支付制度	90 年 7 月 1 日
西醫醫院總額支付制度	91 年 7 月 1 日

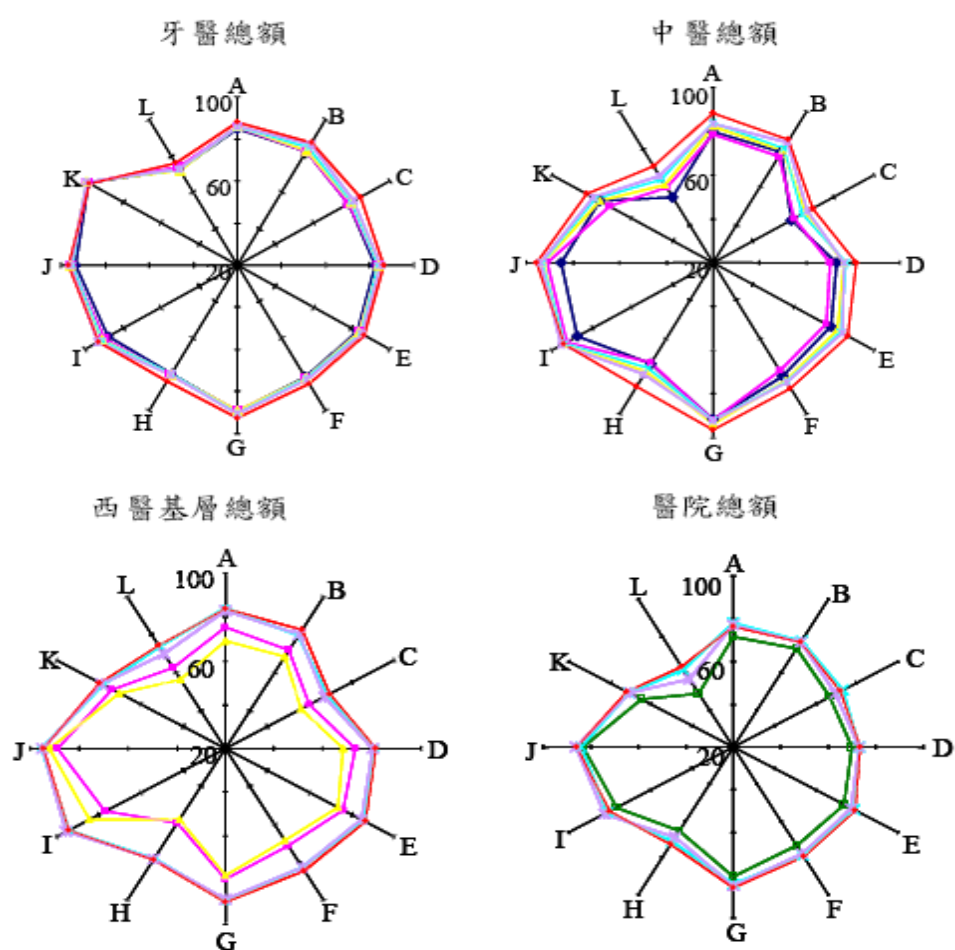
表 2. 總額相關制度實施時程

實施項目	實施時間
醫院自主管理方案	92 年 7 月
卓越計畫	93 年 7 月
醫療總額品質確保計畫	94 年 4 月
轉診制度	94 年 7 月

在民眾對健保的滿意度方面，根據健保局對於牙醫、中醫、西醫基層、醫院四部門，每半年進行1次的民眾滿意度調查，結果如下圖，顯示不管在哪一個部門，民眾對於自行負擔費用高低的滿意度(L)，與其他項目相較之下都是顯著較低的。另外去年衛生署所做的健保滿

意度調查也顯示對健保整體來說不滿意的比例有所上升，也許與去年(94年)7月15日調高部分負擔有關。另外，中醫跟西醫基層對於就診院所的醫療設備之滿意度也明顯較低，不過這部分較難以肯定是否因為總額而受到影響，可以再進行深入探討。

圖 1. 各部門總額民眾滿意度



註：

A：就診院所整體醫療品質滿意度

H：對醫師花費診療時間

滿意度

B：就診院所環境衛生及舒適性滿意度  
程度

I：對等候診療時間的接受

C：對醫療設備滿意度  
度

J：就診交通時間的接受程

D：對就醫院所治療效果滿意度  
(就診場所遠近之接受度)

K：對交通方便性滿意度

E：對醫師診斷治療及醫術滿意度  
滿意度

L：對自行負擔費用高低

F：對醫師說明及疾病指導滿意度

G：對醫師服務態度（對病人尊重及回應問題）滿意度

資料來源：總額支付制度問答輯

#### (四) 總額公式及分配變動情形

##### 1. 歷年總額公式變動

根據費協會所出版的總額支付問答輯，年度醫療給付費用總額計算公式以年度劃分可整理如下：

##### (1) 87 年度—93 年度

年度醫療給付費用總額 =  $\Sigma \{ \text{部門別基期年每人醫療給付費用} \times [1 + \text{部門別年度每人醫療給付費用 (非協商因素 + 協商因素) 成長率}] \times$



實際保險對象人數

部門別=中醫門診、牙醫門診、西醫基層、醫院及其他部門；「實際保險對象人數」依各季季中保險對象人數計算。

(2)94 年度起

專款項目，於 93（含）年度以前係協商預算成長率，惟為釐清屬性與用法，其自 94 年度起，係協定預算額度，因此，94 年度總額計算方式為：

年度醫療給付費用總額 =  $\Sigma \{ \text{部門別基期年每人一般服務醫療給付費用} \times [1 + \text{部門別年度每人一般服務醫療給付費用 (非協商因素 + 協商因素) 成長率}] \} \times \text{實際保險對象人數} + \text{部門別年度專款項目預算額度} + (\text{年度門診洗腎服務預算}) + \text{年度其他預算}$

部門別=牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院部門；「實際保險對象人數」依各季季中保險對象人數計算；門診透析預算僅限醫院門診與西醫基層門診。

(3)95 年度起

總額預算原係協定「每人醫療費用成長率」，衛生署回應醫界反映之「協定『每人醫療費用成長率』，預算額度無法事先確定，影響總額運作與管理」事項，改採擬訂「總醫療費用成長率」範圍

報行政院核定。現改為協定「總醫療費用成長率」。因此，95年度起總額計算方式為：

年度醫療給付費用總額設定公式：

年度醫療給付費用總額＝部門別年度一般服務醫療給付費用×(1＋非協商因素成長率＋協商因素成長率)＋部門別年度專款項目預算＋(部門別年度門診透析服務預算)

部門別＝牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院部門；門診透析預算僅限醫院門診與西醫基層門診。

## 2. 協商涵蓋範圍與期程的變動：

總額公式中，年度每人預算成長率＝非協商因素＋協商因素

非協商因素：人口結構(老化)＋醫療物價指數

協商因素包括：

- － 保險給付範圍改變(含新藥或新科技)之影響
- － 鼓勵提昇醫療品質或民眾健康之誘因
- － 其他醫療服務利用及密集度(供給量)之改變
- － 可預期法令或政策改變或其他鼓勵誘因

## 3. 各部門歷年總額費用成長率

### (1) 牙醫

牙醫門診總額第一、二期總額係協定醫療給付費用成長率而非每人醫療費用成長率，非協商因素中尚包括投保人口成長率1.29% 及1.72%，合計牙醫門診總額第一期及第二期之醫療給付費用成長率皆為8%。

## (2)中醫

1. 中醫門診第1期總額支付制度實施期程為89年7月至90年6月，第2期為90年7月至12月。
2. 94年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94年度以前，專款項目屬協商因素。

## (3)西醫基層

1. 西醫基層第1期總額支付制度實施期程為90年7月至91年12月。
2. 洗腎與西醫基層一般門診服務，占西醫基層總額89.418%，洗腎與一般門診服務比值為1：12.535。
3. 西醫基層門診洗腎服務與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，共同辦理整合性醫療照護服務。92年與93年西醫基層門診洗腎服務總預算成長率分別為10%與8%。
4. 94年度西醫基層門診洗腎服務成長率15.32%為總預算成長率，非每人費用成長率；西醫基層洗腎與醫院門診洗腎服

務合併為獨立預算，總預算成長率為7.2%，其中0.2%成長率為品質保證保留款。

5. 94年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94年度以前，專款項目屬協商因素。

#### (4)西醫醫院

1. 醫院第1期總額支付制度實施期程為91年7月至91年12月。

2. 每人醫院費用成長率包含洗腎服務項目。

3. 西醫基層門診洗腎服務與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，共同辦理整合性醫療照護服務。92年與93年醫院門診洗腎服務總預算成長率分別為6%與8%。

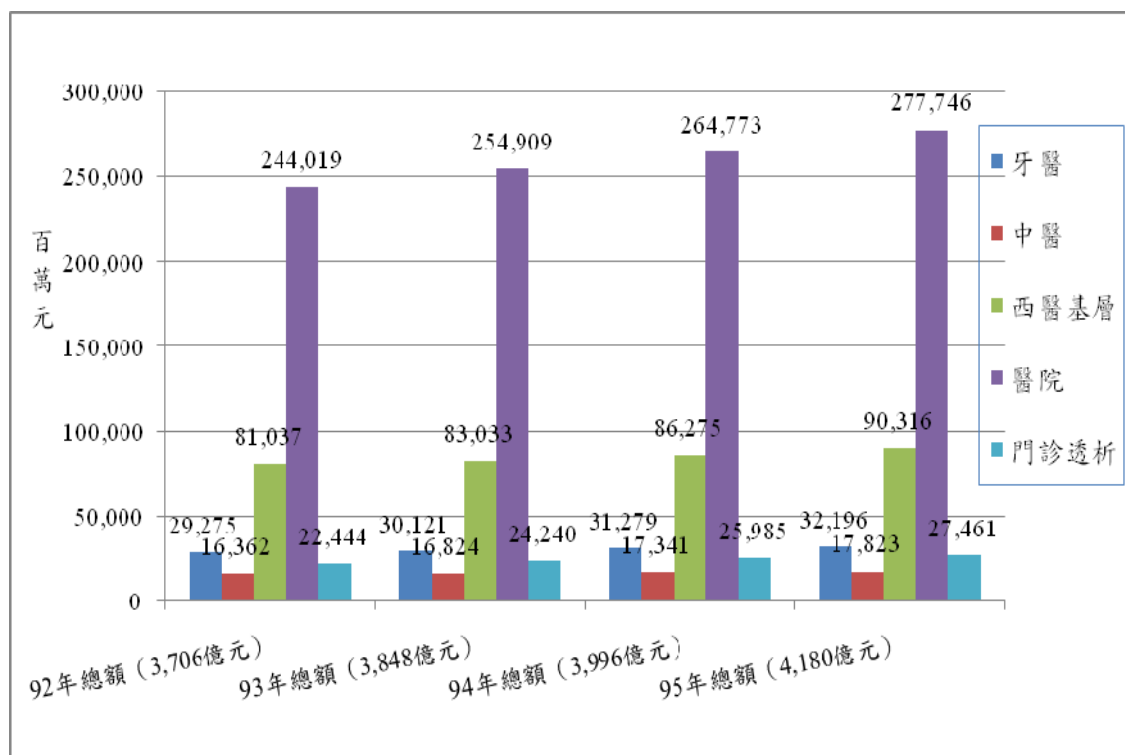
4. 94年度醫院門診洗腎服務成長率4.10%為總預算成長率，非每人費用成長率；西醫基層洗腎與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，總預算成長率為7.2%，其中0.2%成長率為品質保證保留款。

5. 94年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94年度以前，專款項目屬協商因素。

由下圖可看到雖然從92年至今，各部門的醫療費用支付總額幾乎是年年上升，但是各部門仍然反應入不敷出的情形。例如可以聽到有些醫院如榮總，便將醫護人員的薪水作調整，以因應總額預算對醫

療院所本身的衝擊。另外，從圖 2 中可以看到，牙醫跟中醫的醫療費用成長率一直控制在 2% 左右，除了 95 年間上升幅度稍大，在 96 年度又將回穩；而觀察醫院部門與西醫基層的總額成長率變動情況，此兩者為總額占率最高的兩個部門，同時成長率的變動也較大，從 94-96 年的變動呈現較大幅度的持續上漲，96 年的成長率分別為 4.99% 與 4.18%，金額數目如此龐大，而成長的速度卻難以抑制，確實是當前健保財政亟思解決的重要課題。至於洗腎的費用方面，分為西醫基層跟醫院，兩者變動幅度皆甚大，若合起來看(如下圖 3)其實也占了總額將近 7 個百分點，因此也有一些意見認為洗腎可以算是一種小總額。

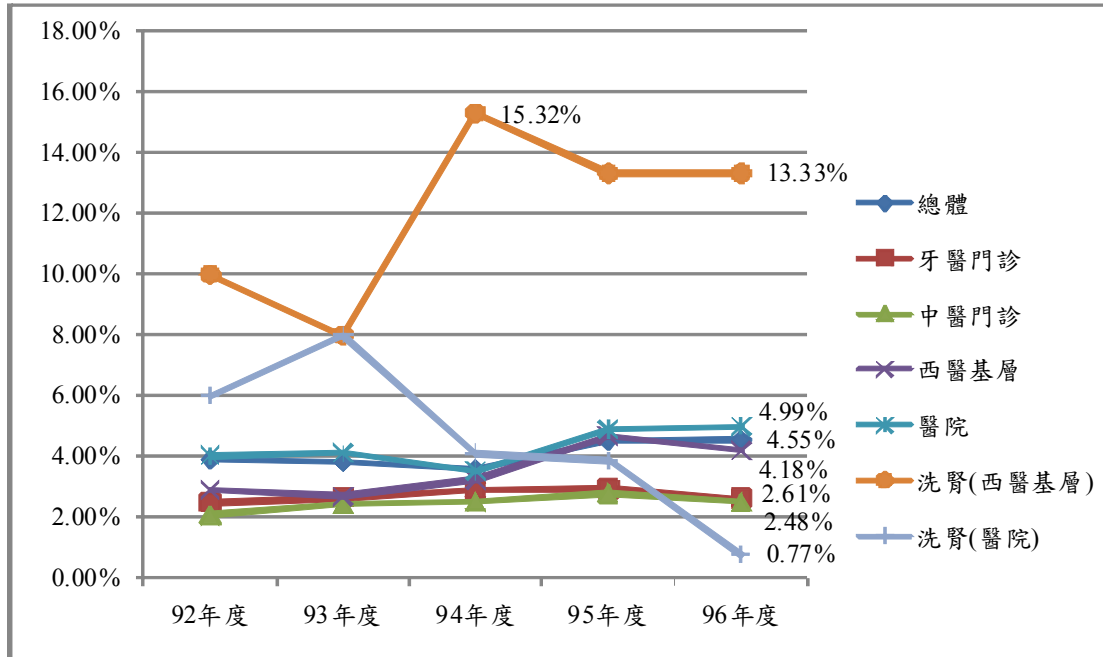
圖 2. 92-95 各部門醫療給付費用總額



註 1：95 年各部門總額為預估值

註 2：本表所列西醫基層及醫院總額含洗腎費用。

圖 3. 92-96 年各部門總額醫療費用成長率



註 1：92-94 年協商成長率為每人醫療費用成長率(不含人口成長率)

95 年協商成長率為醫療費用成長率

註 2：本表所列西醫基層級醫院之歷年協商成長率包括洗腎成長率

註 3：洗腎成長率為洗腎總預算較前一年之成長率

年度別	91 年度		92 年度	93 年度	94 年度	95 年度	96 年度	
部門別	上半年	下半年						
行政院核定範圍	1.67~4%		1.55%~4.02%	0.51%~4.00%	1.34%~4.03%	1.17%~5%		
費 協 會 協 定	總體	2.342~3.707%	3.88%	3.90%	3.81%	3.61%	4.54%	4.55%
	牙醫門診	2.50%		2.48%	2.64%	2.90%	2.93%	2.61%
	中醫門診	2.00%		2.07%	2.41%	2.51%	2.78%	2.48%
	西醫基層	3.727%		2.90%	2.70%	3.23%	4.68%	4.18%
	醫院	1.61~3.727%	4%	4.01%	4.10%	3.53%	4.90%	4.99%
	洗腎			西醫基層:10% 醫院:6%	西醫基層:8% 醫院:8%	西醫基層:15.32% 醫院:4.1%	西醫基層:13.33% 醫院:3.87%	西醫基層:13.33% 醫院:0.77%
	其他			增加 13 億元	增加 10 億元	增加 11.41 億元	增加 0.62 億元	增加 4.72 億元

表 3. 各部門總額成長率

註 1：92-94 年協商成長率為每人醫療費用成長率(不含人口成長率)

；95 年、96 年協商成長率為醫療費用成長率

註 2：本表所列西醫基層級醫院之歷年協商成長率包括洗腎成長率

註 3：洗腎成長率為洗腎總預算較前一年之成長率

圖 4. 92-95 各部門總額占率

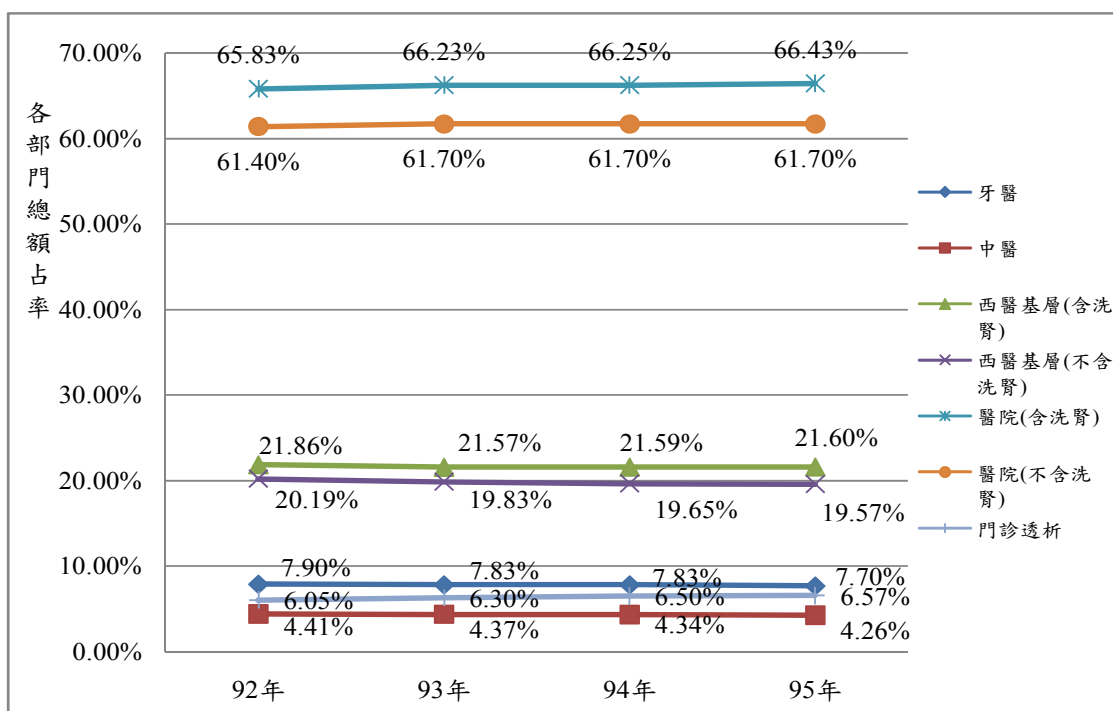
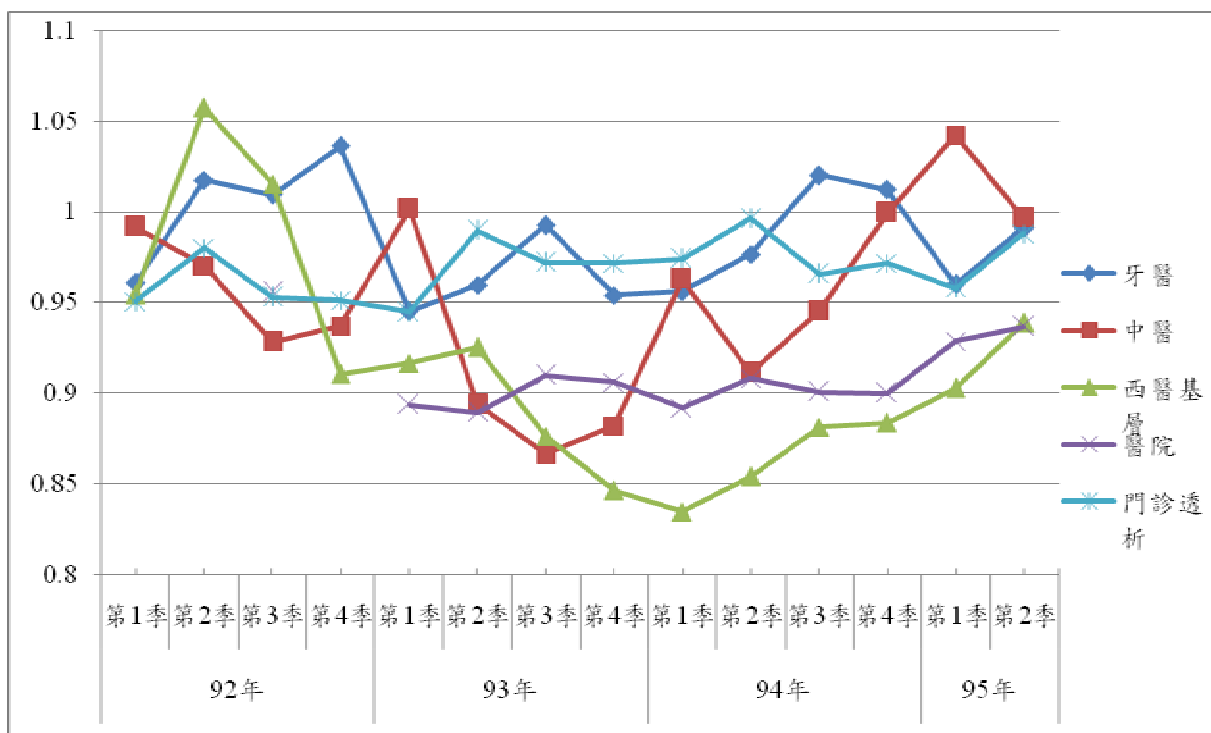


圖 5. 92-95 年各部門總額點值





註 1：92 年醫院總額為全年結算，期平均點值為 0.9559。

註 2：資料來源:中央健康保險局醫療費用支出情形報告 120 次業務報告 (95.12.08 新增)

上圖 4 為 92-95 年各部門總額點值的變動情形，可以看到除了中醫之外，其他部門的點值在 95 年都呈現上升的趨勢，大致上都維持在 0.9 以上；至於牙醫跟中醫的點值則在分別於 94 年第 3 季以及第 4 季衝到 1 點多之後，也漸漸回到 1 左右。由圖 4 來看，點值明顯較低的是西醫基層與醫院兩大部門，由於此兩大部門掌控的資源最多，是否因總額制度造成過大的衝擊，或是否直接導致許多醫院關門大吉、促使台灣醫療商業化、市場化，甚至在醫療品質方面對病人的權益造成影響，則需要更深入的研究來探討。

## 二、總額支付制度面臨之瓶頸

自 87 年推動牙醫總額以來，直到 91 年醫院總額實施，我國全民健保全面施行總額支付制度，至今已八年，原先的目標，是透過集體協商解決消費者與供給者利益之衝突，同時減少政治的干預，以預算引導醫療服務的提供，以合理控制醫療費用，並利用同儕制約，使醫療服務提供合理化；以及提供者維持適當的醫療專業自主權等等（中央健保局）。然而，總額支付制度實施後，雖然醫療費用成長方面獲

得良好的控制，但對醫療服務提供者提供民眾預防健康的服務之誘因仍相當有限，而醫療服務提供者與民眾醫療行為，在總額實施後也沒有明顯的改善。(賴秋伶，周麗芳，2006)

從醫院成本面來看:由於服務量大，點值反而降低(圖 4)，即邊際收益遞減；而總額造成了資源重分配，使得成本低者勝出(大醫院)，成本高者撤出(中、小醫院)，但民眾的需求跟求醫的行為卻不會因總額實施有所改變，但對醫院來說卻有點值下降的危機，造成醫院經營困難以及劣幣逐良幣的可能。(羅紀琮，2006)

在此期間醫界對總額往往有許多意見，甚至曾有走上街頭之舉；另一方面，民眾面對健保又是調漲保費又是提高部分負擔，財務狀況卻未見好轉，也常常有一些意見透過民間的聯盟或組織發聲。究竟醫界面臨什麼樣的困境?醫界的訴求為何?是否對民眾權益造成影響?又民眾的需求跟意見為何?健保局又如何回應?以下試由所收集到的文獻資料，分別從總額運作機制中的各個利害關係者(stakeholder)的角度，來探討總額發展至今所衍生的問題，並試著了解各利害關係者於總額制度之下所抱持的態度。

#### (一)醫界的聲音與訴求

自實施總額預算以來，分配不均的問題每每造成各級醫院強烈反彈，偏遠地區的小型醫院更是紛紛倒閉或停開急診；卓越計畫施行

後，醫院傳出推拒病患，健保局卻束手無策，最後只好宣布失敗，停辦此計畫；至於被詬病已久的藥價黑洞問題，雖已逐步調整價差，但成效仍然有限。某層級醫院協會理事長認為，健保局辦理醫院總額制度，忽略人口老化、物價成長、慢性疾病患者日增、醫院更新設備及藥物等因素，導致總額的「大餅」遭到嚴重低估，醫院付出一元的成本，健保給付點值卻難以站上 0.9，醫院虧本是必然的結果。

有醫院管理者認為，現在的醫院總額是讓大小醫院彼此廝殺，以致於偏遠基層的醫院最先遭受衝擊，醫院砍醫護人員的薪水，留不住優秀醫療人力，加上急診重症的給付被壓低，基層醫療院所無力負擔維持二十四小時的急診。然而我國民情和法律不容許醫療機構延誤診治病人，醫院和醫師採用以量制價策略，縮短診察病人時間，增加業務量，購買廉價藥品和醫材，以提升業績爭取效率。因而，一般醫院診治病人，採取「擇輕而治」的策略，因為診治輕病病人，成本低，業務量容易擴大，而且無醫療糾紛的風險。其後果是大部分的急、重病病人都被推給醫學中心等大醫院，而各大醫院也不敢閒置床位，減少收入，所以目前各大醫院的急診處，擠滿等床住院的病人，不但延誤急、重病的診治，也增加院內感染的危險。

醫界針對總額則提出德國與加拿大作為例子，說明全世界只有德國和加拿大採用過總額預算支付制度，因為總額預算支付制度實際等

於醫療配給制，德國和加拿大的醫療機構為避免虧損倒閉，又要維持合理的醫療品質，主動限量服務，造成漫長的醫療等待。在一九九五年加拿大 Alberta 省的病人至少要等三個月才能看到一位骨科醫師，平均要等一年以上才能接受髖關節置換手術。所以德國和加拿大，已體會到總額預算支付制度，嚴重損害病人的權益，已作大幅修正。

另外，根據醫師公會全聯會的網頁與相關專論，整理出其所提出的幾項訴求，

諸如要求衛生屬於擬定大總額範圍前，事先與醫界協商，並提出「補救總額財務缺口」、「量入為出」、「縮減給付範圍」、「對等協商架構」及「修改總額非協商因素成長率計算公式」等等。96 年度全民健保醫療費用總額協商會議中，醫界各層級的代表提出 96 年總額協商醫療提供者共同訴求，基本上為醫界各層級所表達的共同意見，內容主要包括：

1. 96 年成長率應以不低於 95 年為原則
2. 96 年協商參考數據指標應比照非協商因素之基準，以 94 年對 93 年完整資料為準。
3. 有關慢性病及重大傷病：應考慮最近兩年新增加之慢性病及重大傷病項目對醫療費用之影響。
4. 有關新增醫師及醫療機構：醫師及新增醫療機構之成長為政府政

策所造成，非總額部門所能控制，且提供就醫可近性及提升醫療品質，不可純粹以「供給面」論之。因此，應可列為協商因素成長率考量重點之一。

除了上述幾點外，醫師公會全聯會也在協商會議中提出一些代表基層意見的訴求，以下直接陳述其訴求與結果：

1. 要求反映慢性病人數成長率 13% (占總費用成長率 1.52%)。結果：高於健保局主張之 0.9%。
2. 要求取消全部醫療給付改善試辦計畫，改用「國民健康改善利用比例」取代之；結果：中央健保局以及消費者代表不同意取消，仍然提列 71.1 百萬元經費，但針對此訴求也提列了 0.2%，1.59 億元。
3. 爭取增列生育保障成長率；結果：費協會反對所有有關對個別科別的保障主張，以免滋生未來困擾，經爭取之後，增列「加強醫療服務管控、分配效率，及科別平衡」項目 0.176%，1.4 億元，由基層總額內部自行調節。
4. 醫師人數增加成長率。結果：費協會討論結果，不同意供給面和需求面重複計算成長率。
5. 門診手術以及論病例計酬成長率。結果：依照健保局之建議為 0 成長。
6. 爭取品質保證保留款維持 0.3% 的成長率。結果：成功取得。

7. 要求家庭醫師整合計畫、B、C 肝治療試辦計畫不應由基層總額或健保支出，否則即應停止試辦；結果：與健保局立場尖銳相對，雖然基層代表取得部份消費者代表之支持，健保局仍以「並未佔用總額成長率」通過提列費用)。

8. 與醫院總額採相同立場，主張新醫療科技、新藥零成長，以防健保局「給 1 元做 10 元」。結果：在強烈爭議之下，依然強行通過編列成長率。

關於點值問題，醫界認為健保局辦理醫院總額預算，已失去同儕制約與專業自主的目的，這部分或可再進一步探討，然而在總額之下由於缺乏相關配套措施，醫院之間喪失原有互信基礎，反而拼命衝量以求生存；而在如此醫院經營模式下的惡性循環，使得生存空間受到嚴重壓縮；另外，保險支付範圍的不斷擴大，也造成所謂健保局點菜，醫院買單的怪現象，而健保局對醫界的要求，在醫界眼中彷彿是「又要馬兒好，又要馬兒不吃草」。在維持利潤的前提下，差額負擔與誘導需求的問題也再度受到重視，另外，由於醫界本身對於醫事人力成長的控制力道並不強，因此在醫療服務供給層面的控制例如醫師人數、病床數、高科技醫療技術或器材等方面的管控則是醫界與健保當局都應重視的部分。

## (二)民眾與民間團體的聲音

全民健保開辦迄今十一年，民眾對於健保的滿意度歷年均維持在七成左右，不過根據報載最近的健保民調結果顯示，民眾對健保不滿意度創下健保雙漲後新高，高達二十七·八％不滿意健保，平均每四人就有一人不滿意健保。

針對大幅下滑的滿意度，健保局企劃處副理巫敏生認為，可能是受去年七月調整健保部分負擔的衝擊，以致不滿意的比例偏高。另有意見認為，民眾不滿意的比例上升，可能與醫療供給面為因應總額，要求病患差額負擔或自費有關。分析民眾不滿意的主要內容，有將近九成民眾不滿意「看病自己要付的費用太高」，保費太高、保費計算不合理也被民眾詬病。

此外，民眾對於醫療服務的不滿意度，也從去年上半年的十五·六％，升高到下半年的二十二·五％，不滿意的項目主要是等候時間太長、用藥不佳以及超收費用。對此，民間監督健保聯盟發言人滕西華則認為，健保不滿意度的提高，顯示在目前的醫療照護品質下，民眾不願意支付更多的錢給健保。

相對於醫界抗拒總額，每每對總額提出嚴詞批判，甚至曾於94年4月20日舉行『顧民眾、救健保、廢總額』之遊行活動，民間團體如民間監督健保聯盟則是抱持不以為然的態度，表示自己是站在民眾的立場，代表民間弱勢者發聲，除了督促政府落實總額預算外，並

要求落實有效轉診制度，以及各項健保支付制度的改革。但在政府調漲部份負擔時往往提出反對意見，例如 2005 年 7 月 15 日，政府為落實轉診制度，實施部份負擔的調漲，督保盟便始終持反對立場，認為此項措施將增加民眾負擔，甚至等同懲罰病患，在實質上造成民眾的就醫障礙，違背健保的精神等。另外在之前沸沸揚揚的「二代健保」改革議題上，督保盟的訴求中，堅持二代健保必須以社會公平性原則為無限上綱，其中包括落實總額預算、公平合理之保費負擔（支持家戶總所得及支持取消六類十四目之被保險人分類）、資訊公開透明、醫療品質確保，以及健保資源之公平合理分配等。



## 第二節 先進國家實施總額預算之經驗及最新之改革措施

目前在經濟合作暨發展組織(OECD)國家中，已實施總額制度者約有 17 個國家。各國因國情特性不同而呈現出規劃設計上的差異，如服務提供的型態的不同、支出內容的不同、支付型態的不同...等，以下將針對德國、加拿大等實施總額制度經驗豐富的國家現況進行一些了解。

### 一、德國：

德國是世界上第一個以社會立法實施社會保障制度的國家，於 1883 年、1884 年和 1889 年分別頒布了疾病保險法、意外傷害保險法、傷殘老年保險法三項立法。德國健康保險有差不多有 120 年的歷史 (Busse, 2000)，醫療支出占 GDP 的比例為 13% (吳明彥, 2000)。

如同世界其他發達國家一樣，德國醫療保險同樣面臨著嚴峻的挑戰，由於德國醫療保險支付範圍廣，保障範圍大，導致醫療保險費用支出缺乏控制。同時，高科技醫療技術和新藥品不斷誕生和廣泛使用，人口負增長和人口老齡化等，已使各大醫療保險機構每年收取醫療保險費的增長速度明顯低於醫療保險支出的增長速度。1993 年以前，醫院所有支出都由疾病保險機構負擔，1993 年以後，保險費收入增長低於支出增長，限制了醫院費用報銷的情況，醫院也開始出現赤字。

爲此，德國衛生和醫療保險部會同相關自治管理機構制定了一系列管理辦法來擴展籌資渠道、緊縮基金支出：

(一)退休人員繳費：

德國是老齡化問題嚴重的國家，老齡人口的醫療費用也占了全部醫療費用的大部分，因此德國實行退休人員繳費制度。繳費比例爲 14%，基數爲其養老保險金。費用的一半由老年人負擔，另外一半直接從養老保險金中扣除。如果原來享受醫療保險待遇的無業家庭成員，達到退休年齡後也必須要繳費才能夠繼續享受醫療保險。

(二)加強對雇員收入的稽核力度：

不僅將工資收入計入繳費基數，其他非工資性收入也同時一併計入。

(三)適度提高保險費率：

根據醫療保險支出情況，適度調整保險費率，最高時達到 15.8%，2003 年後逐步回落，目前穩定在 14%。

(四)支付方式逐步向 DRGs 過渡，以更科學、合理的結算方式控制醫療費用：

1996 年以前，保險機構與醫院按照定額結算，確定每家醫院的平均住院床日費用；1996 年至 2006 年屬於過渡階段，75%的疾病患者采取定額結算，25%的疾病按病種付費，並輔以特殊補貼（急

診或重症的附加費用)。預計到 2007 至 2008 年將全面實施 DRGs 系統按病種付費。儘管病例數量增加，通過合理化改革還是取得了床位的減少和住院治療時間的縮短。與 1990 年相比，病例數增加了 27 億 (18.5%)，但平均住院天數縮短了 5.8 天 (39.5%)，床位數減少了 144000 張 (21%)。

#### (五)縮短專利藥品的專利保護期：

把原來的 15 年專利保護期縮短為 10 年，大大降低了藥品費用支出。僅一種藥品「利比多」，其節省的費用就高達近 5 千萬歐元。經過以上措施的實施，2002 年以後，德國的醫療保險結餘赤字情況才得以扭轉。

自 1980 年以來，德國政府致力於改革健康照護體制。Merkel 政府宣稱將引入實質的改革。一方面在健康與社會部門人事未有更動的情況下，繼 Gerd Schröder 政府規畫一連串的改革計畫；另一方面，Merkel 及其陣營承諾健康照護體制將有全面性的修正。財務議題是討論的中心。政府和反對黨都認為必須降低稅金，並且應調整體制，使其合乎預期的人口改變，諸如人口老化、生育率下降等現象。

然而在新政府上任的前六、七個月並沒有任何作為，民眾、經濟學家及媒體對此感到失望。更有甚者，德國社會保險機構增加稅

金，整個國家面臨大罷工，首先是教學醫院，緊接著社區醫院，罷工持續數週。甚至家庭醫師及其他醫療從業人員也因抗議支付不公紛紛暫停服務。民眾感到自己如同提款機，必須支付日益增長的費用，而社會不公平的現象更是戲劇性的成長。沒有人認可政府的政策目標和方向，而 Merkel 政府自然面臨愈來愈大的壓力。索性最終仍在短時間內建立起改革，主要里程碑包含三項：

(一)增進競爭與品質的新架構：

此部份包含加強預防及復健選擇的可能性、將老人復健(包含門診及住院)及緩和醫療納入公立醫療給付保險、居家護理(護理人員的醫療服務)將擴大到護理之家，並規畫為長期照護保險(LTCI)之責任、建立新制度以加強預防保健，例如：45 至 55 歲民眾作篩檢可獲得額外的點數。肇因於個人行為而產生的健康問題將不再被給付，例如穿洞、紋身等。

(二)成立健康照護基金(Health Care Fund)：

增加醫事服務機構間彼此的競爭力、降低公私立醫療保險之間的轉換障礙、個人保費須與收入高低相關...等。

(三)私人醫療保險機構角色的改變：

私人醫療保險必須對於健保未強制納保的民眾開放，且必須接受被排除強制保險的人納保，被保險人無論薪資多寡皆繳納數目相

同的保費。個人老年儲備金(age reserve)之可攜性也將立法實施。

有關德國總額最新的改革措施，德國政府於 2006 年 7 月 4 日提出健保改革要點，到了 2006 年 10 月 11 日，才提出衛生部草案，立法草案才公布，自 2005 以來德國歷經三、四次的醫師大罷工，大選前就開始罷工，對德國政府來說是亟需解決的問題。2005 年 11 月換總理，成立一個聯合大內閣，將以前執政黨和反對黨併在一起。聯合大內閣在 2005 年 11 月結盟，並且提出改革協約。當時的背景是醫院的醫療點值太低了，希望能將點值廢除。當時德國總理是 CDU，而衛生部長則是另外一個黨，彼此互相打對台，因此直到 2006 年 7 月 4 日才提出 2006 年健保改革的重點。到了 2006 年 10 月 11 日，才提出衛生部草案。7 月和 10 月的立法草案還是有一些不太一樣的地方，其中真正的大變革有兩項：首先要成立一個健康照護基金。過去德國是分立的，有數百家疾病基金會，各自收各自的保費，現在成立一個基金改為全國統收，大家繳的錢都是到這個基金。如果這個法案通過了，希望能在 2009 年 1 月 1 日開始執行。過去一個大公司底下的員工可能在不同的地方投保，匯款時，會計必須針對個別員工隸屬哪一家疾病基金會來匯。將來統一繳到這個基金，再分配給不同的疾病基金會。如果這樣執行下來，大家也在討論，長期競爭下來一定會有僅剩一家的趨勢，但至少目前德國政府都不

提，先統收然後再依據疾病基金會裡被保險人的風險、年齡、性別跟疾病發生率來分配。這有點像荷蘭的制度，收入面是統收，支出面還是由疾病基金會自己去發，理論上也可以像健保局，由健保局直接來發，但是德國不是這樣，他是國家統收以後，再給疾病基金會，希望藉此達到財務平衡。競爭機制依舊存在，至少希望大家不要柿子都挑好的，且各個不同的疾病基金會預期保險費將一致，不像現在的疾病基金會，它的保費是各個疾病基金會視其給付項目不同，自訂保險費費率。未來各疾病基金會僅容許 1% 上下差的變化。

其次，支付給醫師的要作一個改變，醫師抗議醫院點值不公，德國政府就說好，我廢掉醫院總額，等於過去の支付表就像我們台灣一樣，都是以點值表示，現在則廢掉改成歐元來表示，等於醫師作多少就會拿到多少，但是他真正的法案 10 月 11 日出來，的確是把點值廢掉了，但裡面有一些操作上的花樣。首先是支付表的錢是按照地區來分，不是全國統一的價格。地區自己訂價格，但地區的訂法要依據你當地財務的情形，所以等於又回到原樣。另外要加強量的管控，希望從支付標準的策略來達成，比如說把屬於單項計酬的項目減少，增加 lump sum 的計費。像台灣就很少，都是作一項多少錢。德國政府希望藉由增加 lump sum 的方式，期望醫師不要亂作，比如說家醫科論人計酬，如此一來家醫科醫師就不會亂作檢查。藥

是另外一個，至少檢查是在醫師這邊就不會亂來，他要在支付標準裡面去動手腳。其實跟我們現在的健保局一樣，分局要業績，績效評比不能讓點值太難看，太難看的話分局經理績效就很差，分局知道就想辦法去砍量，點值就上升到甚至超過一塊錢，但是對醫師來講都同樣是面臨砍掉。

目前法案尚未正式通過。德國通常會在年底清倉，過去十幾年的經驗都是年底清倉，隔年一月一日實施，這個改革是 2009 年，有一個緩衝期，網路上有訪問女總理的資料，有人問她說你為什麼要兩年後，因為這牽涉到德國最大的邦(巴伐利亞邦)，現在體制是兩年半後實施，在實施前巴伐利亞邦有個改選，所以他要避開那個改選，或者是看風向球，如果說他選舉很好，政策可以隨時再作調整。

此外，發展長期照護系統，特別是 LTCI(Pflegeversicherung)，預計將於 2006 年底前將完成改革。這項政策源初為 Chancellor Merkel 之計畫。最近此目標因「健保改革優先」而延誤。究竟 LTCI 要朝向什麼方向改革？決策者與專家幾乎都將焦點放在財務上，而忽略了照護提供的給付範圍。

事實上，上述許多健保體制的改革，例如老人復健，往往與老人和慢性病病人相關。但目前這塊政府並未給付，而由私人保險機構自行裁量，預計不久的將來將由政府給付。其他重要的老人福利

政策包含：出院管理的最適化、將居家照護延伸至支持性健康照護 (assisted living)和護理之家(nursing homes) (Country Report-Germany, 2006)。

## 二、加拿大：

### (一)組織與背景：

加拿大分為十個省 (Province)，包含：Alberta, British Columbia(BC), Manitoba, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Ontario, Prince Edward Island, Quebec, Saskatchewan 和三個地方(territory)，分別為 Northwest Territories, Nunavut, Yukon。其醫療保險體制，主要以省為單位。

聯邦政府(Federal government)統一規定健保制度的架構，但允許各省政府之規定有一定的差異。每一省的醫師費、醫院費用都各有一個固定總額預算的方式，由省政府或是財務委員會負責與醫院協商預算總額，視各省的醫療情況、人口等因素，因地制宜，決定支付標準的調整幅度，再讓各省去分配。以 BC 省為例，醫療費用 70%使用於中央政府強制一定要提供的，主要是住院服務及醫事服務人員費用；30%為非強制性，每省有決定權可做或不做，主要提供一般居民照護、社區醫療服務、急診、藥品、公共衛生推廣及其他醫療服務人員（推拿師、驗光師、民俗醫療者）。醫師服務人員給付項目包括：與醫療相關服務、專科醫師照護、X 光及檢驗檢查項



目、口腔手術；提供以上醫療服務為開業醫師，費用直接撥給醫師，非由醫院撥給(加拿大總額支付制度研討會會議摘錄)。

加拿大的總額預算於 1985 年度開始實施，在此以前係採用論量計酬(FFS)，醫療給付並沒有固定的預算。1985 年到 1991 年，總額預算計算方式是：去年經濟+人口+醫療利用情形+費用增加幅度，額外調整非預期的醫療利用情形；1992 年至 1996 年總額預算計算方式則為：去年經濟+人口+醫療利用情形+費用增加幅度+人口成長、老化，並額外增加鼓勵誘因，使醫師願意節省費用支出。加國在總額制度的公式面考慮周詳，以 BC 省為例，可將公式中因素分為影響支付標準因素及影響服務量的因素。前者包含：消費者物價指數(CPI)、醫師開業之固定成本、其他專業人員收入、與他省支付標準比較、省政府員工薪水調整等五項。後者則包含人口成長率、人口老化、人口特質(性別比與年齡組成)、新科技、大眾期望、支付制度方式改變、對大眾之教育、政府政策、臨床指引、審核制度、服務去保險化(deinsurance)的狀況、醫師供給量、疾病盛行率等十三項。

加拿大醫院支付制度之總額預算制，根據醫院過去的資料，如醫院類別、病床數、佔床數、藥物等，考慮成本上漲率及投資後，以三年移動平均值的趨勢，預測未來的預算總額。各省政府對醫院

的總預算皆定上限，並對醫院高科技設備及病床數擴張有嚴格的管制(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。加拿大各省在住院方面則採用「支出上限制」的總額預算制度，至於門診、醫師費用的部份各省並不相同，在魁北克省採用「支出目標制」總額預算制，B.C.、Ontario、Manitoba、Saskatchewan 等省則是採用「支出上限制」。

在協商機制方面，以 BC 省為例，設有醫療服務委員會(Medical Service Commission, MSC)，成員包含政府代表、醫師公會(BCMA)及被保險人代表各三人。經由協商會議、調解、調停，若無法達成協議則付諸仲裁。此即強制仲裁機制。

## (二)困境與改革：

### 1. 醫院總額之歷史沿革

自 1957 年起，加拿大開始實施公共衛生保險 (Public Health Insurance)。1960 年代，醫院不以論件或論量計酬方式，而是依照醫院實際的工作負荷 (anticipated workload) 及成本給付年度預算。此一預算是以每兩週為單位，事前撥款給醫院。1970 年代，政府為了抑制病床數的急遽增加，開始控制各種保險計劃之擴展，並實施醫院設備成本分擔等方法來控制成本，限制服務，關閉醫院的病床，限制醫師與護士的訓練與限制預算等，儘管政府想盡辦法，健保的成本仍大量增加，而健保的服務與質量卻逐漸退化(renewing

medicare facing the challenge, June 2001)。在 1980 年代，當政府發現醫療成本的成長率過高後，開始限制過於彈性的預算制度，但對於總額短缺 (budget deficits) 或成本超支 (cost over-runs) 並不包括在此一限制內。政府則期盼醫院總額的實施，能使醫療服務更有效率的提供給民眾。自 1992-1996 年期間，醫院總額朝向地區化 (regionalisation)，並成立單一委員會(single board)提供民眾各種醫療服務。政府致力於開拓新的預算來源，減少過度使用醫療資源，對於效率低之醫院實施懲罰，並針對醫療利用進行管理及實施個案審查制度。由於預算是依據醫院所在地居民的人口學特徵進行配置，因此，醫院預算和醫療利用並沒有直接相關，政府會不斷提供誘因促使醫院有效率提供適切的醫療服務。(British Columbia Ministry of Health, Dr. Alan Thomson) Phelps (1997)的研究證實，加拿大採用總額預算支付制度，能有效控制醫療支出的成長，但醫療費用支出較少並不是醫療利用率使用量減少所致，而是由政府透過政治決策來決定，且加拿大聯邦政府規定州政府必須禁止「差額負擔」(Extra-billing)，否則將扣除對州政府相同金額醫療支出補助，並規定醫療費用年度預算之上漲率上限。

1984 年，加拿大政府提出了重要的 Canada Health Act，承諾五點原則：

1. 全民性(Universality)：

主張全民納保。

2. 全面性(Comprehensiveness)：

關於給付範圍之規定省之保險計畫必須涵蓋所有醫學上必須之服務，而其他之醫療服務則由各省自行決定，這些選擇性醫療服務中央政府不予補助。

3. 可近性(Accessibility)：

降低財政上或地區上等因素造成對醫療可近性的阻礙，例如，針對居住於保留區的加拿大原住民，由州政府直接提供部分醫療服務。

4. 可攜性(Portability)：

民眾均可享有跨省就醫之服務。

5. 公共行政(Public Administration)：

強調各省各地方之健康保險計畫必須在非營利之基礎下執行。

然而，自 Canada Health Act 實施以來，加拿大的醫療保險制度一直被廣大的加國民眾、利益團體及媒體所詬病。原因有下列幾點 (International Reform Monitor, 2006)：

1. 各省和地方政府抱怨，為了預防財源赤字而削減聯邦政府補助的預算(anti-deficit-inspired cuts)，只會使得健保更加惡化，尤其是會

造成費用上漲的因素(cost-driving factors)，例如：昂貴的新科技、人口老化、民眾對健保期望的增長...等。

2. 加拿大的醫療服務支出波動情形嚴重，甚於其他 OECD 國家。

缺乏穩定及可預測的專款是加國健保最大的隱憂。

3. CHA 有其限制而需要改革：

(1)CHA 只包含醫院和醫事服務，不包含預防保健、居家照護、長期照護、牙齒保健及處方藥(除非由醫院供應)。

(2)各省和地方對於 CHA 中的解釋不一致，例如：何謂「醫學上必須之服務」？結果造成各行其是，沒有一定的標準。

4. 聯邦政府有完全的責任確定各省依據 CHA 執行，但其給予各省和地方之財政預算日益減少。有些人籲請成立協商機制(例如 third-party)以終結聯邦政府對 CHA 之霸權，使其有立法改革的空間。

5. 關於品質與可近性：

多數加拿大人認為加國之醫療品質十分良好，但醫療可近性則存在諸多問題：大排長龍、長照病患佔用醫院急診床位、急診室人滿為患、某些區域(例如鄉下或北部地區)尚無法提供必需之醫療服務、缺乏隨時可得的初級照護服務，以及許多服務(例如緩和醫療、居家照護、長期照護...等)尚未成為健保給付範圍。

6. 醫事人力之素質不佳：

護士與醫師缺乏道德感及醫事人力外流。健保人員的工作情緒低落，挫折感又很深，原因是資源缺乏，工作環境太緊張，工作過度與疲乏，而薪資又比較低。這種情形導致醫師與護士外流的數目日增。他們離開加拿大，有的去了美國，有的則遷往其他待遇較高較多工作機會的地方。

#### 7. 基礎架構退化：

長期護理病床缺乏資本投資，新的醫院設備也缺乏經費，結果造成加拿大健保的基礎架構搖搖欲墜。制度擁擠不堪，治病得大排長龍，都是設備不足的結果。從擁擠的急診室開始，急診室裡充滿了等待一般病房的病人，而一般病房又充滿了等待長期護理病床長達一年多的病人。叫人驚訝的是加拿大在核磁共振影像、電腦掃描及其他較新的診斷與治療技術的普及度，幾乎和第三世界國家相當。由於核磁共振影像支持經費不足，公共制度的候診時間長達一年多，因而私人的核磁共振影像設備到處叢生，以填補缺陷。

種種現象背後的問題是 (Renewing Medicare—Facing the Challenge, 2001)：

#### 1. 醫學進步與新的藥物與技術：

過去三十年來，醫療界等於有一次革命，新的治療法與技術，包括新藥、斷層掃描、核磁共振影像、心臟血管繞道手術與心臟血

管擴闊手術、新的生育技術、癌病的治療與愛滋病的治療等。

## 2. 人口老化：

老人需要較多的醫療照顧。大部分醫療費用都是花在人們生命的最後幾年。由於人愈活愈久，許多慢性與退化的病症，如癌症、關節炎、癡呆症、骨質疏鬆症、糖尿病與心臟血管的症狀都會出現。

## 3. 公眾的需求與期待與日俱增：

今日加拿大人對醫療保健的期待不僅是生病時的照顧，同時也包括預防性的照顧與如何保持身體的健康。加國從來沒有討論過公共醫療保健能夠包括那些項目，或應該包括那些項目的重要問題。我們逐漸認識到決定健康的社會因素，例如貧窮、營養、住屋、犯罪、販毒、或酗酒，而什麼才是醫療保健必須服務的界限已經變得愈來愈模糊。儘管預防性的保健日益重要，但是無論花多大的功夫來預防疾病，我們並無法根絕疾病、老化或死亡。目前政府的趨勢是增加預防性醫療的經費，甚至傷害到嚴重疾病治療與對病人的照顧。加國目前並沒有證據來證明預防性的醫療可以節省開支。

## 4. 使用者的浪費行為：

一個沒有止境全部免部分負擔費的醫療保健制度，鼓勵人們對這個公共制度的過度使用與不適當的使用。病人這樣做是因為他們認為這個制度是「免費」的，而醫師這樣做則是因為他們的酬勞是

以看病的次數來計算的。在現代社會裡，許多人生活過份緊張，而我們的文化又過度依賴藥物，又相信每一種病必有一種藥可以治，對這公共醫療保險制度的要求簡直是一個無底洞。

#### 5. 未經過測驗與證實的醫務行為。

為解決健保問題，許多人開始思考如何解套。Manitoba 省的前首長 Roy Romanow 組織 The Commission on the Future of Health Care in Canada，此委員會提出 Romanow Report。此報告書建立在三點大前題之下：一、我們需要一個強而有力的政府維繫 Medicare 為國家的資產。二、我們必需使健保更有效率、更能對所有加拿大民眾負責。三、我們必需有長遠的眼光，從永續經營的角度來思考我們的健保(Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002)。

委員會的最終報告條列 47 項詳盡之建議，其中最重要的包含：提出加拿大健康合同(Canadian Health Covenant)以表達加拿大人對健康服務的觀點，進而更新 CHA；成立加拿大健康議會(Health Council of Canada)，以促進政府、醫事服務提供者與民眾間的相互合作；在穩定財源方面，成立五項專款(或移轉金)，分別為鄉村及偏遠地區專款(A Rural and Remote Access Fund)、診斷服務專款(A Diagnostic Services Fund)、初級健康照護移轉金(A Primary Health Care Transfer)、居家照顧移轉金(Home Care Transfer)、重大傷病藥



品移轉金(A Catastrophic Drug Transfer)。

有鑑於 Canada Health Act 實施後日益嚴重的問題。2003 年的 Accord on Health Care Renewal 則更進一步地提出三點原則：

1. 在需求而非付費能力的原則下，所有民眾皆可享有及時健康服務，包含全天候的初級照護，診斷程序和治療、家庭與社區照護服務。
2. 醫療服務必須具高品質、有效性、安全、並以病人為中心。
3. 加拿大健保制度的永續經營。

2003 年以後的研究結果顯示，以 Leonard et al.(2003)的研究結果為例，加拿大實施總額預算後病患住院天數比其他未實施總額預算的國家短，加拿大因為成功控制醫療費用，而成為各國在健保制度改革過程中取經的對象。

2004 年加拿大提出「十年計畫」，此計畫建立在 Health Accord 上，聯邦政府提供 413 億美元作為各省和地方十年後的財源 (Department of Finance Canada, 2006)，期能達成根據 Health Accord 精神所設立的明確目標。

三、英國：

在英國，總額預算涵蓋範圍包括醫院及基層醫師，而預算額度是由轄區自行決定。有關醫療部份的預算，在中央由衛生與社會安全部

及其他部會共同競爭預算的分配。衛生與社會安全部的預算分配至各區域保健局，以運作醫療相關業務(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。

英國醫療架構內的行政部門包括有衛生部、衛生服務改良局、特別衛生管理局和衛生策略管理局。以下簡介列出各部門的資料(英國中文醫療網)：

#### (一)衛生部 (Department of Health)：

衛生部以促進英國民眾健康為福祉。它是一個政府組織。這個政府部門專門改進健康和福利的政策。部門負責替國民保健服務和社會福利護理設定整體方向和引導變革，規定全國標準改進服務品質，鞏固資源和作出投資決定，確保國民保健服務和社會福利護理能提供適當服務，並與其他單位合作以保證服務品質，例如：衛生策略管理局 (Strategic Health Authorities)、醫療保健審計及改善委員會 (Commission for Healthcare Audit and Improvement, CHAI) 和社會福利護理檢查委員會 (Commission for Social Care Inspection, CSCI) ... 等。

#### (二)衛生服務改良局 (Modernisation Agency)

衛生服務改良局的主要任務為改善國民保健服務的醫務人員和經理提供的服務。對於提供最高服務品質的組織，將予以獎勵以增加在服務地區內的醫療行政決策權力。衛生服務改良局亦會支援服務品

量較差或失敗的國民保健服務組織，找出失敗的原因以幫助這些組織將服務水準提高。

### (三)特別衛生管理局 (Special Health Authorities)

這些衛生管理局不只提供醫療服務於地區性範圍，服務覆蓋至全國範圍，例如國家血液局 (National Blood Authority)。

### (四)衛生策略管理局 (Strategic Health Authorities)

2002 年四月，英國醫療架構內設立了二十八間新的、更大的衛生策略管理局，專門為國民保健服務構思新的策略管理和確保地區性的國民保健服務組織執行狀況。新的衛生管理局有一個策略管理角色，主要負責：

1. 對其管理地區設定有關醫療的改進計畫。
2. 確保其管理地區提供高品質的醫療服務。
3. 增加其管理地區的醫療服務容量，可提供更多類型的服務。
4. 確定全國醫療優先權；例如，確保有關改進癌症服務的計畫。

英國全民公費醫療體系 (National Health Service, 以下簡稱 NHS) 是 1945 年由工黨提出並於 1948 年 7 月 5 日正式建立的。英國 NHS 創建的理想，是以需求而非支付能力為基準，以期照顧全體公民的健康。經費來自於全英納稅人，英國衛生部負責經營管理及政策制定。

經歷半個多世紀的發展，NHS 已成為英國福利制度中的一項特色工程，是英國「從搖籃到墳墓」福利政策的具體體現之一。英國實施全民公費醫療體系，至 1998 年時已屆滿了 50 年。這個體制以基層醫療為重點，且特別重視社區醫療服務。體制執行機構自行設立醫療院和僱用醫護及行政人員。負責基層醫療的醫師稱為全科醫師 (General Practitioner, GP)，通常都是私人診所的執業醫師。自 1991 年起，英國醫療體制在柴契爾夫人的命令下進行了一些重大改革，繼任的勞工黨政府亦延續了這些改革，並確立基層醫療團隊 (PCG) 制度，將地方全科醫師、社區護士及其他醫療和社服專業人員合併成半自治的地方醫療服務團隊。PCG 依地區劃分責任，在所屬區域內提供社區醫療服務，而居住在該地區的民眾則歸入該地區的 PCG。一般而言，一組 PCG 負責大約 100,000 病患，擁有 50 名全科醫師及數名社區醫療專業人員 (Bindman et al. 2001)。PCG 受到地方衛生醫療主管機關 (即當地的 NHS 行政機關) 的監督 (Delivering Health Care in America: A Systems Approach, Leiyu Shi & Douglas A. Singh)。

西元 1997 年工黨上台後，提出要使 NHS 成為「新世紀的典範」。自 1998 年來，英國健保制度展開空前的變革。首先，由護理人員領軍的英國健康諮詢服務於 1998 年三月正式展開，五年內此制度成長為世界上最大的國家整合性的電子健康照護服務(e-health)，每個月約

接到五十萬通電話，以及五十萬筆的線上諮詢。相較於傳統的醫療模式，國家整合性的電子健康照護服務創造新型醫療產業資訊共享模式，NHS 快速就診中心(NHS Walk-in Centres)提供每週七天的輕微傷病處置及衛生教育，大大提昇醫療服務的可近性。

2001 年四月，均衡力的移轉(Shifting the Balance of Power)給予病患和醫療前線人員更多的授權和決策力。這項變革最主要的具體措施是於 2002 年建立地區性的基層照護信託(Primary Care Trusts)。此機構掌握 75%的 NHS 預算，並且扮演著執行地區 NHS 及促進當地民眾健康的角色。同時，28 個新的衛生策略管理局(Strategic Health Authorities)取代了先前的衛生管理局(Health Authorities)，其主要職責是：(1)負責發展所在地區的醫療保健服務計劃。(2) 負責評估本地區醫療保健機構是否達到高水準和良性運轉標準。(3) 負責增強本地醫療保健機構的服務能力，使之提供更廣泛的服務。(4) 監督地區醫療保健機構是否將諸如改進癌症治療等國家優先計劃落實。(Shifting the Balance of Power within the NHS, Department of Health, 2001)一直以來，大多數 PCG 仍須仰賴地方主管機關的財務及管理支援，目前，PCG 已發展成不再需要地方主管機構支援的基層醫療信託機構(PCT)，並由消費者主導的委員會負責 PCT 的營運。成熟的 PCT 自行編列基層和醫院醫療預算，扮演著類似美國 MOC 的角色。

2003 年 11 月，議會通過頗具爭議的「基礎醫院法案」，從而使 NHS 醫院進入新的實質性改革階段。根據該法案，對基礎醫院的管理監督權下放到由選舉產生的各社區代表委員會，基礎醫院可向私營者融資、保留公積金、出售包括土地在內的財產、投資、借貸以及高薪引進優秀醫護人員。法案還規定只有服務質量達到三星級以上的 NHS 醫院才有資格申請基礎醫院。目前，全英共有 25 所 NHS 基礎醫院，另有 10 所在批准組建中。衛生部宣布，政府對那些尚未進入基礎醫院行列的普通醫院將給予財政援助，以期在 5 年內全部達標。

NHS 也面臨一些具體問題，主要有三點：一、病人看病等待時間太長。尤其是外科手術，一般情況下，病人從預約到手術時間要等 6 至 12 個月，不少患者為了及時得到治療選擇私立醫院，有近 13% 的公民購買個人醫療保險。二、非正常開支過高。近年來，向 NHS 提出各類醫療事故索賠的案件不斷增加，2003 年理賠金額高達 40 多億英鎊，且以 12.5% 的速度增加。此外，由於各種意外事故，英國每年約有 25000 餘名 0-14 歲兒童死傷，NHS 每年為此付出 20 億英鎊治療費。三、基礎醫院改革方向問題受到質疑，人們擔心「基礎醫院法案」會使存在半個多世紀的 NHS 制度縮水甚至最終私化。

為了改進上述問題，國民保健計劃(NHS Plan)訂下目標改良等候時間。從 2003 年 3 月開始，被家庭醫生轉介看門診的病人毋需等候

超過 21 星期，入院接受治療的病人則不超過 12 個月。到 2005 年，希望門診病人的等候時間降至最多 3 個月，入院接受治療病人 6 個月。

最長等候時間的專科包括臀部及膝蓋、白內障及心臟手術。當局已採取多種方法嘗試改轉局面。2002 年期間，所有已經等候心臟手術 6 個月或以上的病人認識到「病人選擇」計劃(Choice At Six Months)。根據此項計劃，病人可以選擇另一間較快的醫院為他們施手術。長遠來說病人對何時何地接受治療有較多的選擇。

另一項幫助縮減等候時間的計劃是在全國各地設立診斷及治療中心。(Diagnostic and Treatment Centres, DTCs)診斷及治療中心的首要任務是為骨科和眼科做預約診斷及施手術。一些中心可能治療泌尿科和耳、鼻、喉科(ENT)病人。未經計劃或緊急的疾病不會在此得到治療。

喪約和決席門診部預約便會導致病人等候時間延長。這情況的出現大多數是由於約定的日期和時間都是由醫院而不是由病人決定。此類等候時間較長的專科現已任由病人選擇方便自己的預約時間。一旦合適的電腦系統設立後，病人便可以任意選擇門診預約或在家庭醫生處或醫院內接受治療的日期和時間。因此，工黨政府於 2004 年撥款 62 億英鎊為 NHS 建立新計算機管理系統，對所有病人資料實行數字化管理。這樣不僅可以提高候診速度，而且有利於合理處理醫療事故

和改進索賠方式。此外，政府還號召有實力的社會力量和個人成為 NHS 的合作伙伴，將長期作為 NHS 補充力量的私營醫院融入到國家的幸福工程。因此，未來的 NHS 可能以政府和社會合辦的模式出現。

針對改善服務品質方面，自 2004 年 4 月 1 日，NHS 引入 General Medical Services(GMS)的新合約。此合約增加了 The Quality and Outcomes Framework(QOF)，QOF 設定四大領域之全國性指標，分別為(Quality and Outcomes Framework Guidance, DH，August 2004)：

(一)臨床領域指標(clinical indicators)：

包含心臟病(CHD)、中風(Stroke and Transient Ischaemic Attacks)、高血壓(Hypertension)、糖尿病(Diabetes Mellitus)、慢性肺栓塞(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)、癲癇(Epilepsy)、甲狀腺功能低下(Hypothyroidism)、癌症(Cancer)、精神疾病(Mental Health)、氣喘(Asthma)等十項指標。最高可得 550 點。

(二)組織領域指標(Organisational indicators)：

組織領域指標可分為五個層面：

1. 病人的病歷紀錄
2. 給病人的資訊
3. 員工教育與訓練
4. 醫務管理



## 5. 藥物管理

最高可得 184 點。

### (三)病人經驗(Patient Experience)：

例如就醫時間長度、病人調查。最高可得 100 點。

### (四)額外服務指標(Additional Services)：

例如子宮頸抹片檢查、兒童健康監測、產後服務及避孕服務等。

最高可得 36 點。

此外，尚有整體照護(holistic care)、醫療品質、可近性標準等三項，分別占 100 點、30 點及 50 點。全年總點數為 1050 點。

分別對此四種指標定出各項 QOF 支付標準要件，若達到此標準就可以多得一些點數，例如：若每一病患就診都達到十分鐘以上，就可以得到 30 點。因此，QOF 事實上即為英國的論質計酬制度。QOF 實施一年後(2004 年 4 月 1 日至 2005 年 3 月 31 日)，在 28 個 SHA 中，以額外服務表現最佳，得到 95%的總點數，且平均每位家庭醫師得到 958.7 點。(NHS 資訊中心)，家庭醫師的可近性以及治療成果

(outcome)，也有明顯的進步，94% 的約診都至少能達到 10 分鐘，71% 的「找得到的並且適合治療」的冠心病病患，已經可以控制膽固醇在 5mmol/l 之下，並且 90%的病患都已接受阿斯匹靈或抗凝血劑的治療。(UK GP activity exceeds expectations, British Medical Journal,

2005)而從 NHS 健康與社會照護資訊中心(NHS Health and Social Care Information Centre, HSCIC)內的品質與指標資料庫(Quality Prevalence and Indicator Database, QPID)統計資料顯示 QOF 實施後一年內家庭醫師的表現情況分布(見表)。

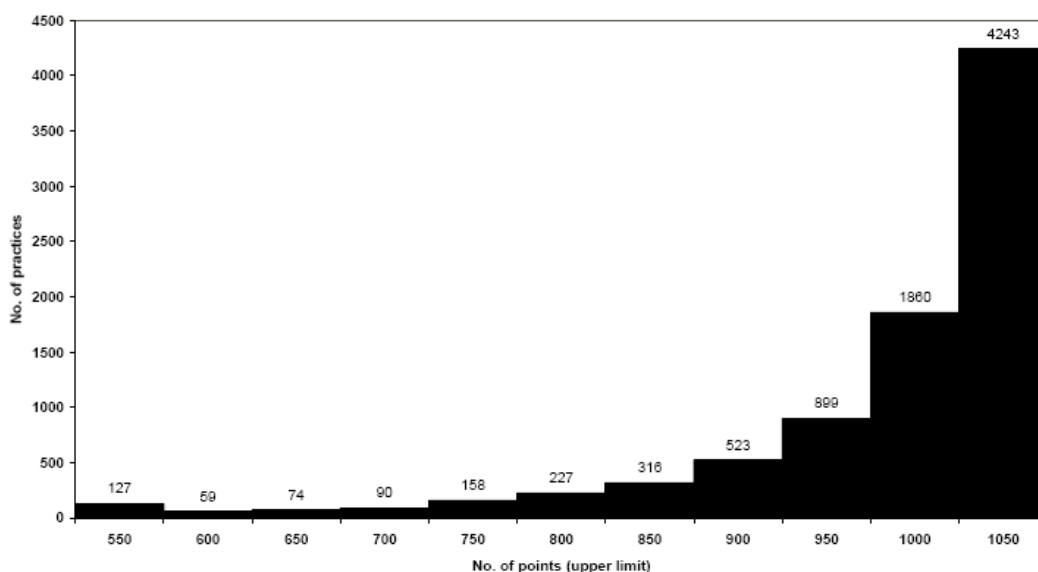


Chart 1: Distribution of the total points achieved by practices in England

(National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/05, HSCIC)

對於這項政策，英國衛生官員對此深感滿意，尤其是對英國民眾慢性病的深入了解以及掌握區域的差異。

#### 四、荷蘭：

##### (一)荷蘭健康保險簡介：

在歐美國家中，荷蘭在多元保險人制度下，發展論人計酬與總額預算制度已經多年。荷蘭的健康保險分為三大部分；特殊性社會保險(Exceptional Medical Expenses Act(AWBZ))、一般健康保險和附

加保險(supplementary insurance)。其中，一般健康保險可再細分為社會健康保險(SHIA)、私人保險(Private Insurance)以及公務人員健康保險(Public Servants)等三大類(費協會，1998)。在荷蘭，醫師費是以論人計酬方式支付家庭醫師。醫院採個別總額預算，即以醫院為單位，一家醫院一筆預算，此方法較可找出個別醫院之問題。支付標準與方式依部門別而不同；住院是以支出目標為主；門診則是採支出上限。荷蘭中央費率機構以被保險人風險校正論人支付制度支付費用給各保險人，保險人再以論人計酬支付給家庭醫師，並以總額預算支付給醫院。荷蘭目前費用控制尚稱良好(核醫會訊2001)。

## (二)困境與改革：

在荷蘭，全民皆須納保，健康保險乃維持風險均攤，確保醫事服務可被全民獲致的重要措施，然而，荷蘭健康保險體制卻面臨到諸多問題，亟需改革，這些困境包括：

1. 有過多的方案，例如：社會健康保險(SHI)、私人健康保險(PHI)和公務人員健康保險(civil servants)，造成市場的區隔，大部分的荷蘭人都加入強制性健康保險，而少數的民眾(約 30%)加入私人保險，同時也有公務人員健康保險和年長公民保險(senior citizens)，定義不明

確致使工人和自我聘用者遊走在強制性健康保險和私人保險之間。許多人連年在兩種制度中變更，更重要的是，此區隔阻礙了保險市場的競爭。

2. 被保險人幾乎沒有選擇權，舊有的荷蘭健保的保險方式取決於被保險人的工作況、收入、社會地位及健康狀態，結果是在不同的狀況下保險費有很大的差距，而由於風險選擇(risk selection)和公法案或強制性條款強制參與，改換保險人對於多數民眾是相當困難的。

3. 保險人之間亦缺乏競爭，這肇因於保險人缺乏使醫療服務提供者提供較便宜服務之誘因。

4. 醫療服務提供者缺乏達到更高醫療服務水準的壓力。

5. 不公平的保險費和收入效應。

此外，費用受到人口老化和新科技的影響，導致醫療費用急遽上升，預計三十年內，人口老化的速度將使醫療費用達到 55%GNP，即便不看得這麼遠，在五年內荷蘭即需要額外的 3%預算來解決人口老化的問題，在面對此問題的同時，健保財務同樣面臨到 1%的短缺。

第二點，大部分的荷蘭公民逐漸產生一種「健保是免費的」的觀念。而且，民眾僅僅接受他們所能從醫療服務提供者得到的服務，他們認為他們的健保資源利用沒有感覺，沒有人關心醫療費用的問題，大部分的保費由人民的工資單逕行扣除，因此民眾無法感受到實際醫

療費用。更有甚者，他們無從判斷他們獲得醫療資源的品質。

第三點，在談到控制醫療費用時，我們必須設法改善，政府永遠是站在一邊，沒有任何陣營認為自己有責任來承擔，結果是只有零星的幾次努力，確實你可以藉由提高價格，定額稅收和預算上限來抑制醫療費用，但這些措施亦降低創造力，政府總是要扮黑臉，當醫療部門坐擁權力之時，它們讓改革變得更為困難。(Healthcare Reforms in the Netherlands: a model for Germany? Ministry of Health, Welfare and Sport, 2006)

過去二十多年來，荷蘭社會健康保險與私人健康保險一元化，一直是熱門話題。從 1987 年的 Dekker Plan 到 90 年代的 Simon Plan，都一直倡導單一的強制性健康保險計畫，卻屢遭保險人、雇主和醫師強烈反對。

荷蘭政府於 2003 年展開第一波改革，將給付範圍縮小，民眾看牙醫和物理治療時現在必須自費，並且，增加個人的保險費用，從國際比較來看，荷蘭的保險費仍然非常低，這些政策介入的結果起先導致民眾的騷動，現今則漸漸習以為常。

當醫療服務提供者知道政府要從事健保改革，他們願意去訂立條約，政府與藥廠達成協議，將學名藥(generic medicine)降價 40%，醫療費用支出因此下降。

在荷蘭，目前有百分之六十三的民眾在強制性社會健康保險保障

之下。高收入者則必須自行投保私人健康保險。2005年6月14日，荷蘭國會所通過新的健保法則除去了這條依據收入高低，全數納入強制性社會健康保險計畫之下。並由各個私立健保公司負責保險業務，以營利為目的，但不能拒絕民眾加保，尤其是不能以年齡或是以過去疾病史的理由，拒絕民眾加保。同時，保險公司也不能對老人或是對醫療資源使用較多的人收取較高的保險費。

自2006年1月起，荷蘭健保引進競爭與市場機制。依照此新辦法，全民參加基本保險，每人每年保險費750英鎊，約合1360美元，並且所有民眾都繳納相同金額的保險費。不過，保險費將比現在高。但是部分民眾會得到政府的補助。補助之額度與民眾收入連動。未來民眾如果沒有使用健保，將會得到保費折扣。保險人則必須提供一項類似現有社會健康保險計畫的基本健康保險，給付的方式，可以採取現金給付或是醫療給付(Health Insurance Reforms in the Netherlands, Euro Observer Volume 7, Number 2, 2006)。

然而，醫界人士卻擔心保險公司權限太大，將導致下列問題(British Medical Journal, 2005)：

1. 病患隱密保護欠周：

保險公司查詢必然頻繁，令醫界窮於應付，若法律規定不周，未來爭議必多。

2. 病人就醫選擇權受到限制：

若病患被轉診到非特約醫療院所，須自付額外費用，有欠公允。

醫師公會呼籲同行萬萬不可出此下策，以免形成保險對象的財務障礙。

3. 診所的家醫功能勢必式微：

醫師公會懷疑，若干未參加保險的民眾醫療負擔將會加重。

2006年1月1日，荷蘭新的健康保險體制(Zorgverzekeringswet)在數十年的討論下誕生。過去荷蘭政府嘗試對健康保險作立法與管控，在現代化的社會中，讓全民獲致基本的高品質醫療服務是必要的。而如何達到這項目標一直以來是政府部門的核心工作，荷蘭的政府部門並不直接參與醫療服務提供，而主要是由私人醫事服務提供者提供。

舊健保法走入歷史，新健保法應運而生，主要的要點包括：

1. 新制保險標準。
2. 公民每年皆可改換保險人。
3. 保險人為爭取「客戶」而彼此競爭。
4. 被保險人和保險人促使醫事服務提供者提供更好的服務品質。
5. 對於收入較低的民眾提供補助。

此外，新健保法也為長期的醫療體制著想，在人口老化成長及新

醫療科技的快速發展之下，可以預見的是醫療需求將會持續上揚，因此我們需要一個最好的醫療照護體制以導正民眾對健保資源作最合適的運用。

在荷蘭，被保險人支付定額名目保險金(fixed nominal premium)，每年平均約 1050 歐元，由保險人決定名目保險金的層級，同一投保層級的民眾可獲得同樣的醫療服務，健保給付範圍由法律明訂保障，保險人有義務接受所有的投保民眾，因而保障此體制的穩固。同時，新體制給予被保險人更自由的選擇，除了對保險人的選擇以外，主要還包含：

1. 名目保險金層級的選擇。
2. 保險人提供的政策(例如以物支付(care in kind)或費用償還(refund of costs))與服務。
3. 自願性的額外保險(voluntary excess)層級從 0 歐元至 500 歐元。
4. 對於健保沒有給付的部分採用補充性保險(supplementary insurance)措施。

保險人間彼此競爭

保險人必須實行合法的要件，但獲得利潤是被允許的，這些被保險人主要執行全國性的工作，但小區域的保險人亦是被允許的。保險



人與醫療服務提供者協商價格，給付範圍以及服務機構，他們有義務提供醫療服務給被保險人，此即意味著確保民眾可得到即時的高品質服務。

新健保法同時賦予保險人相對於醫療服務提供者較高的地位，他們不再需要與每個醫療服務提供者訂立契約，而可以選擇最佳的拍擋，亦可設定醫療服務的基本需求。

#### 醫療服務提供者提供更好的服務

醫療服務提供者在過去站在主導醫療體制的地位，他們可以決定其提供哪些醫療服務及醫療品質的好壞，在這樣的體制下，缺乏改善醫療品質的誘因。新健保法試圖瓦解此窘境，在被保險人的施壓之下，保險人與醫事服務提供者之間的契約，無論是在品質和費用上，將達到更高的標準，可預見的是，未來醫療服務提供者將以更為表現導向的方式提供服務，同時也有更多的機會去區辨不同醫療服務提供者之間的差異，更能提供民眾量身訂作的服務。

#### 健保津貼(care allowance)

荷蘭政府設置一套基準：所有民眾必須繳得起保費，無論是低收入戶或是高保費者，保險人有義務接受任何人的投保，避免歧視風險較大的被保險人。此外，未滿 18 歲的被保險人毋需繳納健保費。

被保險人由於收入不足致無法繳納固定保險費用者，可申請健保津貼，達到量能付費的原則。荷蘭國稅局(The Inland Revenue Service)支付健保津貼給五百多萬民眾，而津貼的層級取決於被保險人的收入，除了固定的保費以外，被保險人還必需支付與收入相關的保費(income-related contribution)，此部分通常由雇主來支付。

### 醫療體制的財務來源

#### 1. 定額名目保險金(fixed nominal premium)—由公民支付

半數左右的財務來源來自定額名目保險金，意即，所有的公民均繳納相同的健保費，2006 年的平均約為 1050 歐元。這項政策提升民眾對費用的自覺，被保險人支付健保費給保險人，每位保險人可依其所提供各樣的政策，自行設定其定額名目保險金。未滿十八歲的國民可以免費投保，由政府財政支付。

#### 2. 收入相關之稅收(income-related contribution)—由公民和雇主支付

新健保法中規定公民需繳納收入的 6.5%作為稅金，此稅收之最高年投保薪資上限為 30000 歐元，意即每年繳款最多將近 2000 歐元，雇主有退還稅收給雇員之義務。此外，自我聘用及領取老人年金者僅需繳納收入的 4.4%作為稅金，這些收入將存入健康保險基金之中(Health Care Insurance Fund)。

### 3. 無賠款償還(No-claim reimbursement)

被保險人在任何一年使用健保資源在 255 歐元以下時(家庭醫師看診不列入計算)，可退回部份的定額名目保險金。荷蘭政府自 2005 年引進此策略，目的在防止醫療資源的不必要使用。2005 年，將近四百萬被保險人得到部分的退款。

自新健保法實施後，荷蘭政府觀察到三項重要變化：

1. 政策評論家預期只有極少數的民眾會不厭其煩地去找最適合他投保的保險人，並指出這將會使競爭機制受損，但事實上卻讓人跌破眼鏡。近幾個月來荷蘭民眾熱衷於安排自己的投保，超過四百五十萬的民眾改變了他們的保險公司，將近所有被保險人中的 30%，這是遠遠超過預期的，表示保險市場更具競爭力。在短短四個月內，此增進民眾費用意識的政策操作是相當成功的，沒有任何一個歐洲國家能出其右。
2. 保險人間彼此競爭顧客最主要反應在名目保險金的數量上，這也超越政策評論家的預期，荷蘭政府原本預期平均年保險金約在 1100 歐元上下，但平均保險金已達 1038 歐元。
3. 對於健康部門來說，存在創新提案的誘因，尤其是在醫療院所中，這些提案包括如何提升有效性、醫療品質和顧客關注。

談到荷蘭健保改革是否適合其他國家沿用

一個遠程政策改革將會對社會整體造成不確定的影響，荷蘭新健保改革幾個月以來，不確定性漸漸消退，但在政治上仍是一個炙手可熱的議題。荷蘭在大改革前採用多次漸近式的小改革，第一步是政府終結強制性國家保險和私人保險的不同待遇，自此以後，醫師不再被允許收取私人保險病人較高費用。第二步是私人保險公司須接受高風險族群，例如年長者作為保戶，同時健保基金雖然仍是區域性獨佔，卻被強制加入國家市場競爭。第三步是引入健保基金平等化的機制，荷蘭政府從這項措施中受益良多，因為此政策乃新健保體制之基石。

五、瑞典：

在瑞典方面，瑞典的健保醫療為公辦公營，擁有 90% 的公營醫院，而其健保支出約佔國民生產毛額 9.3% (Ministry of Health and Social Affairs, 2005)。瑞典的健康照護系統由三個層級單位管轄：中央政府 (central government)、市議會 (county councils) 和自治區 (local authority 或 municipalities, Gotland)。他們可以向民眾徵稅以維持醫療財務運作，因而在福利制度的運作下扮演著重要的角色。其中，中央政府有制定健康服務法規的權力，作為一切的基礎 (Sweden Institute, 2006)。

與瑞典健保有關的單位如下：

(一)健康與社會福務部 (The Ministry of Health and Social Affairs(Socialdepartementet)) 職掌醫療及社會保險的發展，並且草擬提案作為政府的參考，或提出計畫草案送交國會審查。

(二)國家衛生福利委員會 (The National Board of Health and Welfare, Socialstyrelsen) 是荷蘭政府健康服務，預防保健及社會服務的雇問及管控中心，他的主要任務在於追蹤並評估政策執行結果是否符合當初中央政府設定之目標。

(三)瑞典科技評估議會(The Swedish Council of Technology Assessment in Health Care, SBU)，藉由對既有的醫療程序和社會倫理的觀點，負責提升醫療資源的有效利用，SBU 的評估將送到中央政府及各地方政府，以作為決策之參考。

瑞典的總額預算制度只針對醫院實施 (林雨靜 2001)。總額預算制實施於 1980 年 (Blomqvist 2001)，醫療開支總額資金主要也是來自一般政府開支，且預算擬定是根據歷史費用。總額預算實施後醫療費用明顯下滑，但對醫療資源分配 (allocation)並無太大幫助。這是由於地方政府無法依據地方特性(如就業狀況)修訂預算，更有學者表示費用的下滑只是因為醫療品質下滑，並非經費運用效率增加(Blomqvist 2001)。

1982 年瑞典通過健康醫療法案（Health and Medical Services Act），在健康醫療法案之下，20 個市議會和一個自治區必須確保投保民眾獲得高品質，高可近性的服務。醫療服務必須尊重病患就醫的整合性與選擇性，在組織和執行上也須盡可能地與病患商議。其他的法條包括義務與責任的管控、人事、病歷管理與醫事人力證照等等。

瑞典的健康保險體制在過去十五年間，在對服務品質與成本管控的持續觀察之下，遭遇到許多的壓力。每人健保費用開支漸漸成長，但相較於其他歐洲國家成長略緩。同時，老年人口亦逐漸增加。1980 年代，數個地方政府提出某些醫療現象，例如選擇性處置的大排長龍，及當提出健保體制市場導向改革時，所面對的低效率，低回應性觀察性證據，導致醫療服務提供者和購買者分裂，也因此改變了既有的支付制度。在短期內，此項改革增加民眾醫療利用情形，但傳統的科層架構迅速取代這項新的利多，有證據顯示由國家政府提出的改革，日益惡化的財政狀況及新醫療科技的持續使用，相較於地方政府的改革，對醫療支出和結果的影響更為深遠(Swedish Healthcare under Pressure,2005)。

## 六、澳洲

澳洲由六個州及兩個自治區領地組成，分別為新南威爾斯、維多利亞、昆士蘭、南澳洲、西澳洲和塔斯馬尼亞州，以及澳洲首都

坎培拉所在的澳洲首都特區（包括賈維斯海灣區）和北領地。

澳洲政府採聯邦制，分聯邦、州和地區政府。澳洲的聯邦政府以總理為首，州政府則以州長為首。

澳洲醫療體制包含兩大重要基石為過去的國民健保 (Medicare) 和藥品福利計畫 (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS) (Australian Privacy Foundation, 2005)。Medicare 於 1984 年二月實施，主張全民納保、公平性及醫療可近性 (Magarry, 1999)。同年該國徵收「醫療保障計畫」徵款，作為其他稅收的補充，以應付全民醫療體系的整體開支。Medicare 持續了兩任政府，在 1998 年由 Australian Health Care Agreement (AHCA) 取代，並在費用控管方面，由政府的 Health Insurance Commission (HIC) 監督醫院，使醫療利用不至浮濫。澳洲的總額預算制度實施於開業醫師 (general practice, GPs)，而醫療開支總額中，資金主要來自一般政府開支 (Wilton and Smith, 1997)。

在澳洲，健保面臨的主要問題有五項 (Queensland Government, 2006)

(一) 人口老化的問題：老年人口是健保利用資源最大量的族群，在

過去二十年間，澳洲老人的數目成長了 156%。

(二) 壽命的延長：1980 年的預期壽命女性為 78.4 歲，男性為 71.2

歲，現今女性則為 82 歲，男性為 77 歲。

- (三)新型態照護的發展：醫療服務不再侷限在醫院，例如透析治療和癌症治療，往往在社區或是病患家中，即便是在醫療院所接受治療，也是半天的排程，在門診接受治療。
- (四)新科技的發明：許多更有效的，非侵入性的處置漸漸被使用，造成醫療需求的上升。
- (五)公私立醫院間服務的提供與預算之間的大幅度的消長。

#### 現有 AHCA 的問題

現有的 AHCA 把健保的焦點限制在單一面向：AHCAs 提供州政府資金使其保有 Medicare 的核心特色—民眾對公立醫院服務的全面可近性，民眾對契約須清楚表示國家健保政策的呼聲反應出當前政府缺乏有效地管理澳洲健康體制的政策。具體而言，ACHA 存在下列三大問題：

1. ACHA 僅有金錢上的協商，缺乏各項醫療服務該如何提供的協商機制。
2. ACHA 僅成立醫療服務的基金，應當因應新型態的照護。
3. 1998-2003 年之 ACHA 嚴重低估實質醫療支出(短缺\$904 million)。

澳洲每隔五年，由聯邦、州和地區政府協商健康照護契約，最新的契約乃規畫 2003 年至 2008 年之服務，由聯邦提供政府資金確保州



政府繼續提供免費的醫療服務。在最新的 ACHA 中，反應需求成長和費用上漲：考慮物價、工資、人口學效應及非人口學引響，如：新科技的使用。預估第一年為 7.96%。但尚未有實質的法案作為大改革。

## 七、美國

本節將從文獻來整理美國現行的醫療保險制度，並從西元 2000 年以後相關的文獻對美國醫療保險制度的變革進行觀察。由於美國並無明訂實行總額支付制度，唯有社會醫療保險中的 Medicare 與 Medicaid 在制度的精神上略可與我國的總額制度互相呼應，因此本節將從整體制度做綜觀的認識，並從中了解此兩大制度。

美國的醫療保險制度由私人醫療保險和社會醫療保險構成，可進一步分為三個系列，包括政府舉辦的社會醫療保障計畫、雇主舉辦的團體醫療保險計畫及個人投保的商業醫療保險計畫。

### 1. 政府舉辦的社會醫療保險計畫

以政府為責任主體，只為 65 歲以上的老年人或社會弱勢群體提供的醫療保障。

### 2. 雇主舉辦的團體醫療保險計畫。

以雇主為責任主體，只為 65 歲以下的在職雇員提供的醫療保障。

### 3. 個人投保的商業醫療保險計畫。

是上述兩類醫療保障的自我補充，完全由家庭和個人自由選擇參加。

以上美國的三大系列計畫均自成體系，既互相獨立又能互補，除 65 歲以上老年人的醫療保障福利是由聯邦政府主持外，其餘醫療保障計畫均為商業性的計畫，分別由雇主和個人依各自意願自由選擇並自負責任。由此可以了解到美國醫療保險體系的市場化、商業化程度是相當高的。

### (一)美國政府舉辦的社會醫療保險計畫

以下將簡單介紹美國幾種現行由政府提供的醫療保險計畫，包含 MEDICARE 與 MEDICAID，相關的處方藥物計畫(PPD)、SCHIP、State-specific plan 等。

#### 1. 醫療保險計畫(Medicare)

美國政府所提供的醫療保險是一種社會保險制度。它起始於 1965 年，是為了向 65 歲以上的老年人提供醫療保險。1990 年，美國政府醫療保險的支出額達 981 億美元，佔聯邦財政總支出的 7.8%。1995 年政府醫療保險支出額達到 1598 億美元，佔聯邦財政總支出的 10.5%，它是僅次於社會保障項目的第二大政府財政支出項目。醫療保險幾乎包括了 65 歲以上的全部人口。1993 年參加者達 3200 萬人。醫療保險項目由聯邦政府負責管理，各州間政策統一。不同於醫療補貼需要進行生計檢驗，醫療保險無需測定參與者的收入情況。醫療保

險大約包括了老年人住院治療醫療費用的 90%。與此相比，醫療補貼大約包括了低收入者住院治療費用的 80%，不足部份通過醫院對私人投保者提高收費來解決。因此，平均起來，私人投保的醫療費價格要高出近 30%。

Medicare 計畫可以分為 4 大部分，分別說明如下：

#### Part A(住院醫療保險)

Part A 為住院醫療保險(HI)，1993 年的支出額為 900 億美元。參加 A 部份保險是強制性的，它允許參與者每年享受 90 天的住院治療和 100 天的技術護理。如果兩者都在同一年發生，病人則要承擔少量費用。

大多數 65 歲或以上的美國公民或合法永久居民都符合資格享有免費 Part A。當年滿 65 歲同時符合下列任何一項條件，便符合資格申請：領取或符合資格領取社安福利；或領取或符合資格領取鐵路退休福利；或本人或配偶（在世或已故，包括離婚配偶）長時間在政府部門服務並且繳付 Medicare 稅；或本人為長時間在政府部門服務者的父母，而該工作者亦有繳付 Medicare 稅。假如不符合以上任何一項條件，可能需要支付月費購買醫院保險。

2007 年 Part A 的保費：滿 40 點社會安全工作點數者免繳保費。  
未滿 40 點但超過 30 點者每月 226 元；不滿 30 點者每月 410 元。

住院自付額：頭 60 天自付 992 元；61 到 90 天每天自付 248 元；91 到 150 天（終生備用天數），每天自付 496 元。

#### Part B (補充性醫療保險)

Part B 為補充性醫療保險(SMI)，用於支付 Part A 中未能涵蓋到的部分，包含醫療服務費用如醫生診費，醫生指定的藥品和其它門診醫療服務等方面的費用；以及一些預防性的醫療服務等。與強制性的住院醫療保險不同，補充性醫療保險是自願性的。參加補充性醫療保險者每月需要支付一定的保險費，目前為每月每人 88.5 美元。實際上，幾乎所有的老年人都參加了補充性醫療保險。

任何符合資格享有免費 Part A 的人士都可以支付月費參加 Part B。假如不合資格享有免費 Part A，也可以單獨購買 Part B，資格是只要年滿 65 歲同時是美國公民；或合法永久居民並在美國居住最少 5 年者。

2007 年起，Part B 保費將調漲，基本保費(standard premium)由 88.5 美元增加為 93.5 美元，並且將根據個人或夫妻的校正後總收入設定門檻（個人超過八萬或夫妻超過十六萬者）來計算保費，收入門檻將根據消費者物價指數(consumer price index，CPI)每年進行調整，CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)估計有 4%part B 被保人會付出較多保費。

## Part C (Medicare 的優勢計劃)

任何同時具有聯邦醫療保險的 A 與 B 部分的人，都可以參加聯邦醫療保險的優勢（Medicare Advantage 前稱 Medicare + Choice）計劃。Medicare Advantage 的規章與付款手續均有所改進，為民眾提供更多的健康計劃選擇與更佳的醫療保險福利。Medicare Advantage 計劃的選擇範圍將會擴充，以納入地區性的「Preferred Provider Organization」(PPO)，PPO 位居目前最常見和最受全美員工歡迎的保險計劃之列；地區性 PPO 可幫助確保更多擁有 Medicare 的人不論是居住何處，均擁有 Medicare 健康保險承保範圍的多種選擇機會。PPO 藉著從計劃的「優先」名單中挑選的醫師和健保提供機構，可節省費用；而且它通常不要求先向醫師取得轉診批准。

聯邦醫療保險的優勢計劃包括：

- 聯邦醫療保險的管理照顧計劃；
- 聯邦醫療保險的首選的提供醫療服務的機構(PPO)計劃；
- 聯邦醫療保險的私人用時支付醫療費用的計劃
- 聯邦醫療保險的各項專門計劃。

## Part D (處方藥物保險計劃)

在 2003 年 12 月，美國總統布希簽處了 H.R.1，聯邦醫療保險處方藥品改良與現代化法案。這法案在 Medicare 之下建立了一個新的

處方藥福利，這個福利方案即是「處方藥物保險計劃」(Medicare Prescription Drug Coverage)，此項處方藥物保險適用於所有已參加 Medicare 計劃之人士。自 2006 年 1 月 1 日起生效。本計畫使得 65 歲以上的聯邦醫療保險受益人或殘疾人士可參加一些私人處方藥計劃。參與是自願的，任何享有 Medicare Part A 和/或 Part B 者都符合資格申請，但是如果受益人想要參加，必須在一年前先選擇加入新處方藥計劃 (亦稱聯邦醫療保險 D 部份)。參加 Medicare Part D 的人士，大多需要按月繳交醫藥保險之保費，取藥時支付共付金 (co-payment)。而該法案也包括以一些懲罰的方式如罰金來防止過時或延遲的註冊，且會一直隨費用收取。

處方藥物保險剛開始的初始加入期是從 2005 年十月十五日開始至 2006 年的五月十五日。根據美國政府的規定，要求新近有資格得到聯邦醫療保險的人應在自己的初始加入期內便申請加入。在初始加入期過後，可以在每年的調整選擇期，十一月十五日至十二月十五日，加入處方藥的保險或改換投保的醫療機構或保險公司。有時在某些情況下可以有特殊加入期，但今年(2006)逾期未參加者將會有罰款。

Medicare Part D 之費用內容(依 2007 年規定):

- 參加者支付每月\$35 的保險費；
- 參加者支付每年\$265 的自付額(deductible)；
- 受益人可接受 75% 的藥物補貼，數額多至\$2400(包含前項扣除額)，該藥物必須包括在指定藥物名單上；
- 受益人在\$2250 至\$3850 的範圍內，必須自付 100% 的藥物付費，這部份稱之為「甜甜圈之洞」(donut hole)，；
- 受益人如在同一年之內自負額超過\$3850(不含保費)，超過的藥物費便可由計畫來補貼其中的 95%，本人只需負擔 5%的費用；

Medicare 的醫療儲蓄帳戶計畫(Medical Savings Account Plans ，MSAs)

根據 CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)最新的文獻 MEDICARE&YOU 2007 指出，Medicare 的醫療帳戶計畫可能在 2007 年實施，這個計畫與 Medicare 以外的健康帳戶(HSAs)計畫相似。醫療帳戶計畫分為兩個部分，第一部分是上面所提到的 Medicare 的優勢計劃，再加上較高的自負額，而且本部分在花費達到年度自付額(Annual deductible)之前不會予以給付。第二部分則是 Medicare 會將錢存放在醫療帳戶之中，以備給付醫療照護的花費。

## 2. 醫療補助計畫(Medicaid)

Medicaid 是聯邦政府主辦及由州政府管理的計畫，符合規定條件

對象如老年人、盲人、殘疾人及窮人等社會弱勢群體，可自動享有最基本的醫療救濟與幫助。本計畫由州政府決定低收入審核與補助標準，通常州政府與保險公司簽約來處理 Medicaid 事務，各州對 Medicaid 的預算、納保資格、給付範圍及醫療提供方式不同，因此計劃名稱也都不相同，例如華盛頓州稱為「健康方案 Healthy Options」，加州稱為「加州醫療 Medi-Cal」，其他名稱有「社會服務 Social Services」，「公共援助 Public Aid」，「人類服務 Human Services」，「公共福利 Public Welfare」等。

### 3. 健康儲蓄帳戶(Health Savings Accounts，HSAs)

健康儲蓄帳戶是於2003年由布希總統簽署的Medicare(聯邦醫療保險)法案中提出，取代了舊版的醫療儲蓄帳戶(Medical Saving Accounts，MSAs)。新版的HSAs是MSAs升級且擴大使用的方案。

根據美國財政部(U.S. Treasury Department Washington，DC)於2004年8月18日公佈的健康儲蓄帳戶說明，健康儲蓄帳戶(以下簡稱HSAs)是一個特殊的個人或家戶帳戶，目的是為了幫助帳戶擁有者預先儲存未來特定的醫療項目花費。重點是，HSAs必須搭配高自付額醫療保險(High Deductible Health Plan，HDHP)合併使用。

高自付額醫療保險的定義為：



- (1)自付額上限個人為\$1000 美金、家戶為\$2000 美金或以上者；
- (2)年度最高自付額及部分負擔個人為\$5000 美金、家戶為\$10000 美金者。

雖然有高自付額，該醫療保險可以在自付額內給付某些特定的醫療項目(即使受益人尚未自付超過\$1000 美金)，包括：定期健康檢查、篩檢、定期產前檢查及幼兒照護、兒童及成人預防接種、戒菸課程、減重課程等。

擁有 HSAs 的人可以用稅前收入投入 HSAs，雇主也可以經雇員同意後已薪水抵扣的方式將薪資直接投入 HSAs，雇主並享有抵稅的優惠。合併投入的金額一年不得超過個人\$2600 美金、家戶\$5150 美金。

取用 HSAs 的條件必須是使用在特定的醫療花費，且是醫療保險中包含自付額的醫療項目，譬如，整形美容等項目就不能使用 HSAs 裡面的錢。HSAs 也不能用來支付購買醫療保險的花費。若非將 HSAs 的錢提出用作特定醫療花費，則該金額必須要支付所得稅以及 10% 的管理費。

若因符合條件轉變而喪失持有 HSAs 之資格，譬如年滿 65 歲加入 Medicare，則該帳戶裡的金額可以被提領出，但須付所得稅。若持有 HSAs 的人去世，則該帳戶裡的錢可以轉移給配偶使用，但若非配

偶，則該金額可以被合法繼承，但須扣所得稅及管理費。

#### 4. 聯邦醫療保險輔助計劃 (Medigap) (已於 2006 年停辦)

聯邦醫療保險輔助計劃 (Medigap) 是用來支付醫療保險計劃不支付的醫療費用。因而被稱為「次要保險」，通常支付 80% 的盈餘醫療付費。例如醫院護理費用、醫生探訪等，受益人負責支付的剩餘醫療費用。

和其他的保險政策一樣，此計劃所包括的付費服務項目由個人選擇的保險公司所決定。所以在購買保單之前，需要清楚地知道個人所需及保險公司所提供的服務是否符合個人需求。也可以選擇醫師所附屬的保險公司，以便獲得所需醫療服務。

#### (二) 政府提供之醫療保險的籌資

與我國收取保費的精神相近，美國醫療保險也採行向保險對象徵收一定比率的保費，如醫療保險中的 A 部份(HI)通過對在職人員征收醫療保險工薪稅(與社會保障工薪稅合稱為社會保險工薪稅)來籌集資金，由僱主和僱員分別交納工資收入的 1.45%，合起來為 2.9%。醫療保險工薪稅的稅基包括全部工薪收入，沒有上限。醫療保險工薪稅收入存入“專款專用的”醫療保險(HI)信託基金，用於支付保險金或叫醫療保險福利金。醫療保險的 A 部份(HI)實行的是“現收現付”制度，與醫療保險的 A 部份(HI)不同，醫療保險中的 B 部份“補充性醫

療保險"(SMI)不依賴于工薪稅收入，而是一般性財政收入和自願投保者每月交納的保險費。目前，75%來源于一般性財政收入，25%來源于保險費；而 D 部分也是來自於民眾繳交的保險費，在 2007 年也行將調漲。可見，這部份的財政補貼負擔較重，同時也表明財政轉移支付成份較大。

### 保險金支付辦法的演變

80 年代以前，多數私人保險公司支付保險金的辦法都是實報實銷 (Cost-Based Reimbursement)，但是這種機制不利於鼓勵人們節約，因為患者醫療費用越高，醫療單位收益越好。面臨急劇高漲的醫療費用，保險公司投保者便設法改用其它辦法，其中最主要的便是“按人收費”(Capitation-Based Reimbursement)方法。按這種方法，醫療單位每年按人收取一定的醫療費用。醫療保障組織(HMOS)是一個規模較大的醫療保險組織，便以這種方法為主。但是，一般認為此方法的選擇性較差。

以下對 HMO 作一個簡單的整理：

醫療單位每年、每月或每隔一段時間按人收取一定的醫療費用，而 HMO 提供客戶特定範圍的醫療服務，包含預防保健。在 HMO 的機制下，客戶通常可選擇一位隸屬於 HMO 的基層醫師，通常是維護

健康的家庭醫師，而客戶必須在醫師轉介下才可以接受與該 HMO 合作的專科醫師的診療。

### 1. 比較 HMO 與傳統的彌償保險

HMO 在預付費的基礎上接受客戶，作為回報，提供健康護理保險並防止高額的健康護理費用。由於客戶費用固定，HMO 的優勢是保持其客戶的健康。

### 2. HMO 的特點

(1)除了急診和地區外緊急護理服務，客戶必須使用與 HMO 有關的醫師和醫院。

(2)HMO 承擔提供並支付必要的健康護理服務的責任。客戶沒有或只有很少的文書工作。

(3)每月的保險費涵蓋所有的健康福利服務，客戶不必為每次就診或處方支付費用或只支付額定的費用。

(4)保險包括預防性健康護理，包括大多數免疫和定期身體檢查。

### 3. HMO 的不同模式

負責在 1973 年制訂 HMO 法案的美國衛生與公共服務部 (Department of Health and Human Services) 將 HMO 定義為「一種管理式健康護理計劃，在預付費基礎上為自願加入的客戶提供或安排全面、協調的醫療服務。」

雖然健康計劃不同、許多機構目前把自己視為 HMO，但它們全都基本堅持此最初定義中的原則。它們的差異主要存在於結構、財政和管理組織方面，而非醫療護理品質方面。HMO 通常依據下述四種模式分類：

### (1) 雇員模式

在雇員模式的 HMO 中，客戶在一個或多個集中的場所接受全部護理服務。HMO 作為完整的醫療中心提供服務，醫師大多是 HMO 的專職雇員，提供全部健康服務並處理管理與財政事務。每個 HMO 客戶選擇一位主治醫師 (PCP)，PCP 將協調病人的全部護理，包括住院治療和轉診至 HMO 內的專家。

### (2) 獨立醫師模式 (IPA)

IPA 是全國範圍內成長速度最快、最普遍的 HMO 形式。在此模式下，HMO 與組成協會並依據按人數計費、固定費用或按次計費基礎償付其醫療服務的個人執業醫師簽訂合約。客戶能夠在 IPA 內自主選擇他們自己的主治醫師，並能夠在必要時轉送至屬於該組織的其他專家。醫師在他們自己的診所內診治病人，同時還可以在診所內繼續個人執業。

### (3) 團體模式

在團體模式下，HMO 與一個醫師團體（通常是多專科醫師團

體，但有時是單一專科醫師團體) 簽訂合約，組成其自己的合夥、專業公司或同意向 HMO 客戶提供醫療服務的其他聯合公司。醫師通常按照約定的依據人數的費率獲得償付。一些大型團體模式擁有其自己的醫院，而其他的團體模式則與地區醫院簽訂合約提供住院護理。

#### (4) 網路模式

網路模式的 HMO 的實質與團體模式相同，HMO 與許多單一專科或多專業醫師團體簽訂合約。病人能夠使用網路內的任何醫師。醫師在他們自己的診所內診治病人，他們一般還在那裡診治非 HMO 病人。由於其規模較小，網路 HMO 通常不擁有自己的醫院，而是與地區醫院簽訂合約提供住院服務。

#### (三) 美國醫療保險涵蓋人數變動的趨勢

由下圖 1 可看到，自 2000 年以來美國醫療保險保費成長率的變動情形，與 GDP、勞工工資及總體收入等成長率相較之下，皆明顯高出甚多，其中最高點是 2003 年的 13.9%，最低則是 2006 年的 7.7%。保險費用的成長幅度遠大於收入的成長，使得美國民眾的醫療費用負荷不輕，有人可能因此選擇不要加入醫療保險；從 2005 年的文獻來看，美國 3 億多的人口中，有參加醫療保險的約有 2.45 億人，從下圖 2 可以看到，總人口中有 27.3% 人享受到了公共醫療保險(包括醫療補貼和醫療保險等項目)的受益，這與 2004 年的比例相同；參

加了任何私人保險的人口比例是 67.7%，較 2004 年顯著減少(90%信賴區間下)，當然也有人同時參加了私人和公共衛生保險。但值得注意的是，仍然有 0.46 億人沒有參加任何醫療保險，這部份人數約佔總人口的 15.9%，比例相較於 2004 年更為上升，且由下圖 3 可看出，自 2000 年以來未參加醫療保險的比例一直呈現上升的趨勢，這已成為一個值得探討的課題。

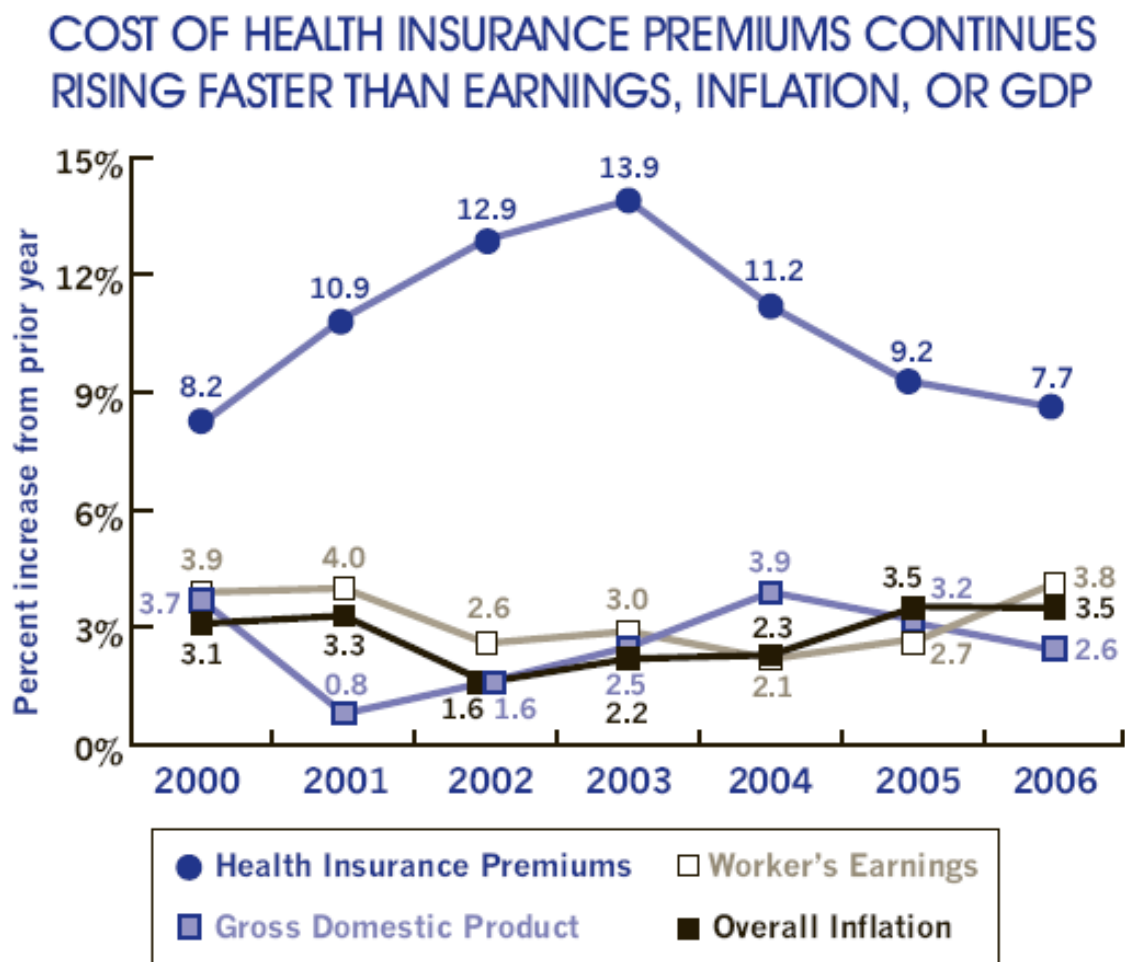


圖1.美國醫療保險費與GDP.勞工工資與總體收入成長率之比較

資料來源: Alliance for Health Reform

## Coverage by Type of Health Insurance: 2004<sup>1</sup> and 2005

(Percent)

2004  
2005

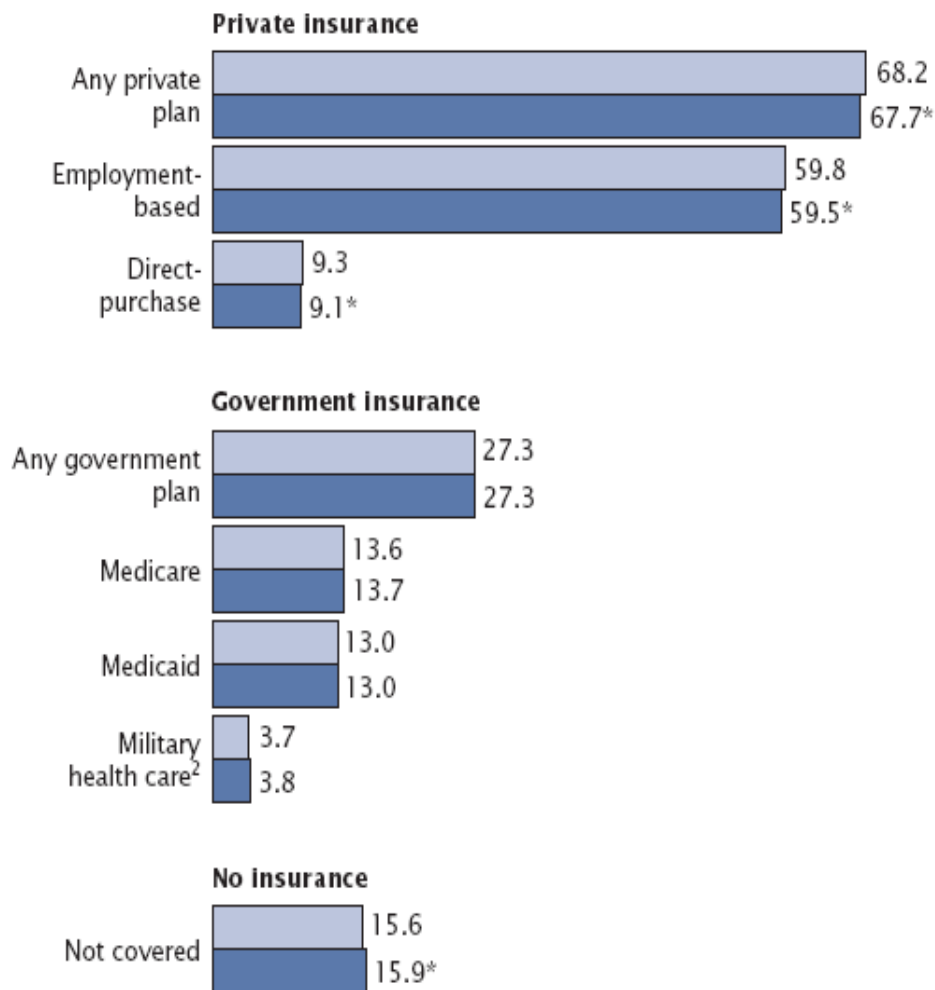


圖 2. 2004 與 2005 年美國醫療保險涵蓋比例

資料來源:Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States, 2005



Number Uninsured and Uninsured Rate: 1987 to 2005

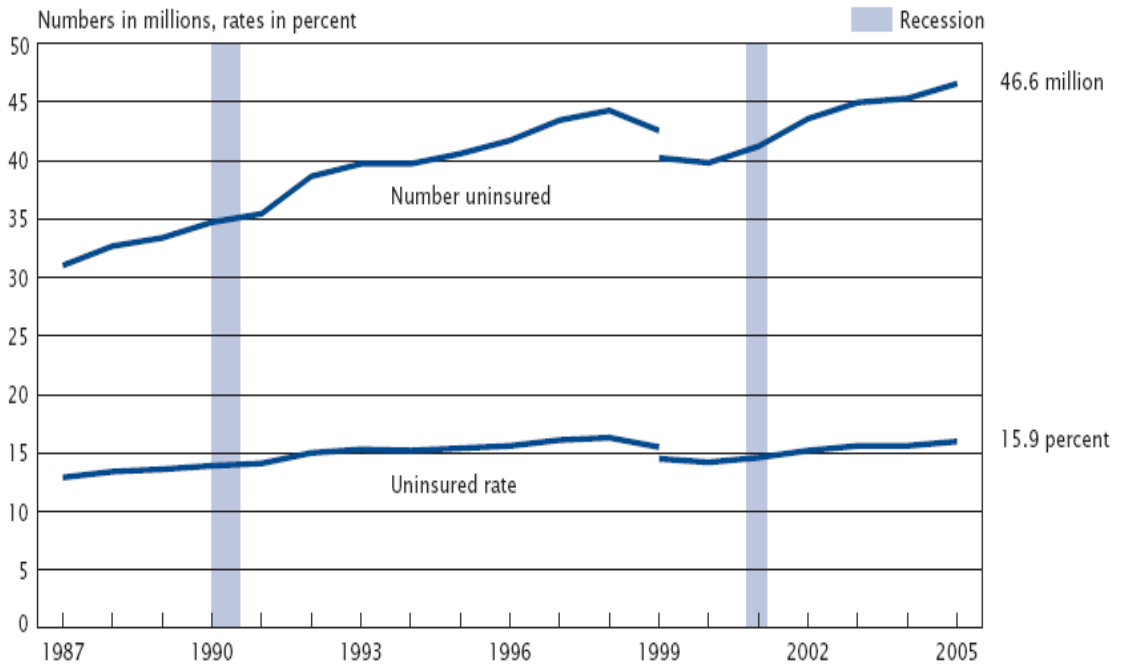


圖 3. 1987-2005 年美國保險涵蓋比例

資料來源:Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States, 2005

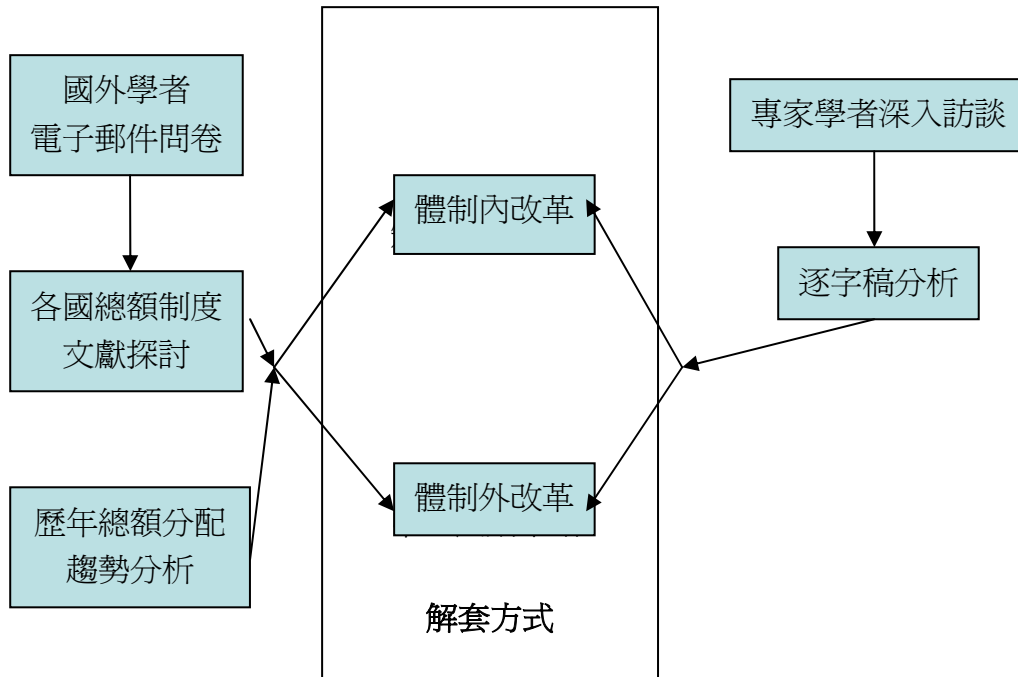
#### (四)總結

根據前述文獻之整理，可了解美國的健保制度，基本上是以商業健保為主，政府健保為輔，政府提供的醫療保險只針對特定族群，其他部分只能以補貼的方式提供醫療福利，且保費及保費的成長率也很高，因此民眾醫療花費之高是世界數一數二的；另外，由於美國各州對於商業健保及政府健保的規範、預算、納保資格、給付範圍及醫療提供方式皆各有不同，且其商業保險之保費只考量團體或個人的風險，而與所得無關；綜合以上，可知美國醫療及健保制度的複雜程度

之高，除了沒有統一的標準可以進行比較，許多制度所衍生的問題直至現今也仍舊無法有效被解決，加上因為國情不同，似乎並不適合直接被拿來做為參考或模仿的對象，可供我國總額制度借鏡之處似乎亦不多。因此，若要引進美國的制度或參考其現行模式作為比較基準或是模仿的對象，應該再進一步深入研究探討。

### 第三章 研究架構與方法

研究架構圖：



本研究可分為以下兩部份：

一、文獻探討：

(一) 利用文獻探討及網站資料收集方式，針對國外文獻作下列重點探討：

1.各國總額預算實施情形：不同的國家總額預算制度的形式也不同。有些國家（如：法國、澳洲、瑞士和瑞典）只針對醫院做總額預算控制，有些國家（如：加拿大以及英國）則同時在醫院以及基層醫師兩部分實施。

2.各國資源配置方法：衛生資源配置的基本假設之一為資源有限，欲望無窮(finite resource, infinite demand)，之二為人類是理性且有效率抉擇(rationality, economic efficiency)。衛生決策者所面臨的挑戰是如何運用有限的醫療資源，創造最大的健康利益；如何有效的配置衛生優先次序及如何評估醫療照護系統所創造的成果均是探討重點。

3.經濟效率：經濟效率通常包括配置效率(allocative efficiency)、生產效率(productive efficiency)、技術效率(technical efficiency)及動態效率(dynamic efficiency)。由文獻探討的方式指出總額預算在國外所帶來的經濟效益，了解總額預算在上述效率面之成效。

(二)收集各年度西醫基層、西醫醫院、牙醫、中醫及血液透析之總額

公式，以及占率達四分之一的藥費，分析總額分配情形及趨勢，

例如：從協商因素和非協商因素來看，目前台灣高齡少子化的

問題日益嚴重，但在目前的總額公式中卻無法反應出來，此部

份分析結果希望能針對總額公式作微調，以更符合實際的社會情況，且不失健保公平性的立意。

## 二、問卷、電訪與深入訪談：

### (一)國外學者：

針對國外實施總額預算制度的國家，以電子郵件郵寄開放式問卷或電話訪問的方式，獲取各國官方學者的寶貴意見。問卷內容包含兩大部分：1.貴國總額制度實施至今最大的成就為何？2.在西元 2000 年後貴國是否有總額相關改革措施？其成效如何？輔以關於總額的細節問題，如：總額公式如何分配？控制費用之成效為何？此類建議雖然未必能逕行移植為台灣的健保制度，但不失為未來改革之參考方向。

### (二)國內專家學者：

本研究採用深度訪談法，透過深度訪談蒐集個人的看法或經驗，避免專家學者之間相互影響造成的同儕效應(the Bandwagon Effect)，且可由研究者主導對談，藉此獲致受訪者的真實想法。

## 第四章 調查結果

擬定訪談大綱後，針對國內健保專家學者進行訪談，訪談對象包含健保局官員、醫界全聯會代表以及民間團體代表，茲將訪談結果整理如下：

### 第一節 我國健保總額之下遇到的困境及其解套

一、與總額直接相關的討論：

(一)分區分配與點值問題：

雖然點值的維持不見得是總額最重要的事，但卻是穩定總額之先決條件。以牙醫和西醫來看，當牙醫發現點值要往下降時，便作了某些動作，在支付標準中去修正：譬如他們發現有人把幼稚園學生帶去看校外教學收健保卡，告訴他們 DMF，建議家長什麼時候要來看。後來便改掉，只有診斷不算，必須有 procedure 才行；又如洗牙本來是六個月洗一次，同一年第二次洗就不鼓勵(因為已有的政策不好意思拿掉)，所以點值維持的不錯。但西醫這邊在 93 年作 RBRVS( Resource-Based Relative Value Scale )的時候，那時出去了 110 億點，因為調整 fee scale 造成的虛增，對健保局來講，因為是總額制度，所以沒什麼壓力，但對西醫的點值卻造成一定的衝擊，再加上自然產和剖腹產又 17 億點出去。牙醫是有人在守，如果點值不好該怎

麼辦？但西醫沒人守，健保局也不管，所以會有問題。(受訪者 A)

現階段迫在眉睫的部分是分配的問題，我們去年的時候跟費協會提了案子，就是把六區的分配作一個變更，這個變更有一些背景，最主要是在費協會的設計或是學者專家的設計，它的設計理念是錢跟著人走，加上就醫可近性服務的精神來分配這些經費，當然每一個總額都有類似的情形，可是中醫的總額特別嚴重，在開辦總額之初，中區的中醫師數就非常非常多，多到很可怕，好像每兩萬人口是四點八，其他地方甚至有零點幾的，平均好像是二點一還是多少，我不太記得，這數字你們可以查一下，按照這樣的想法和設計，就有所謂的醫療費用占率和投保人口比例的校正，我們是從民國八十九年開始實施總額，那個時候是希望用六年的時間來校正醫療費用占率和投保人口比例，雖然我們隱隱約約知道可能六年沒辦法達到，而且可能會產生一些問題，可是因為沒有作所以不知道，而且中醫界事實上人少，講出來的聲音也不見得有人聽，人少裡的少數才會預期到有這樣的困難，所以我記得在第三年就發現說不行，所以就把它(校正時間)延長成八年，但是即使是這樣子，我們碰到比較大的困難，九十三年九十四年的時候，中區的點值降到零點七，而且連續三季都是零點七左右，這造成中區非常大的動盪。(受訪者 E)

解套建議：

現在因為總額預算的關係一點不是一元，事實上我們醫界是希望有一個 critical 的罰則，達到這個關鍵的 critical value 比如說正負 10%，如果一點已經降到零點九或是升到一點一，就應該馬上檢討，我們醫界希望有這個零界值，看你要調整費率，健保財務問題只有兩個解決方法，開源跟節流，你要開源要調整費率還是要節流，調整給付的條件，這是我對健保基本的看法。(受訪者 I)

(二)民眾所謂的品質一直無法有良好溝通和提昇：

品質的有兩個層面的問題，一是實質品質的提升，二是溝通品質的提升。例如醫事處透過醫策會提升病人安全，這種活動是實質的提升。藥袋標示清楚、為增進病人安全的種種程序也是實質的提升。這部分是有在作，但作的速度能不能達到民眾滿意的程度？過去一個家庭如果不小心生下一個畸型兒，大概就是難過和自認倒霉，現在不是了，我們上次看到這次北城又上報，它幫別人作產檢，結果到生出來發現是畸型兒，民眾對品質的要求也在改變，他甚至要求你產檢就要檢出他是畸型兒，這實質提升是不是有達到民眾的要求，這部分是有在作。第二是溝通上的品質，例如民眾會抱怨說：我是不是因為保險制度讓我這個藥不能用？或是讓我這個手術不能作？這是溝通品質的問題。例如某些用藥是既新又貴，所以健保在徵詢很多專家的意見



後，設有一些適應症的規定。如果未達適應症一般來講是還不付。如果醫療院所不願意花時間與民眾溝通，導致民眾以為是健保造成的品質問題。還有一個是行政面的問題，因為行政面要如何公布一些品質資訊，其實還在學習。最近健保局公布許多總額預算下的品質資訊，民眾常常會抱怨看不懂，因為我不知道你這樣公布是什麼意思。(受訪者 B)

現在他公布的品質指標都不是民眾想看到的，而且也看不懂，像他公布抗生素的使用對民眾沒有意義，那像他們要管控上呼吸道感染率，他們就認為感染率下降品質比較好，就是醫院沒有濫用醫療資源，但同時期肺炎的增加非常快速，也就是診斷上的改變而已，其實病人沒有改變，所以品質的指標其實有很多花樣，民眾不關心這種花樣，他們關心的是有沒有床、這個醫師好不好、有沒有被人告過、有沒有不良行為、有沒有不當收費的狀況、或幫忙介紹醫師，但他們(專業)會說這跟醫療品質沒有直接相關，民眾心目中的醫療品質跟專業認定的還是有一段差距。但也不能說它沒有關係，好的醫師自然能提供好的醫療品質，所以這兩邊到現在都還在吵架，所以醫療品質指標到現在都還沒有搞定，對民眾來說資訊可近性還是相當困難。(受訪者 D)

(三)可能造成差額負擔與誘導需求的問題：

醫院告訴民眾健保不給付,民眾需自費購買或去跟廠商買。這類問題是否由總額造成？我不敢直說但，統計室有資料分析總額之下民眾自付額增加中!(受訪者 B)

自費的部分他竟然是用醫療品質來吸引大家，這是最弔詭的地方，所以他的暗示是現在目前健保總額支付制度下的服務可能是品質相對較差的，所以他所有的自費項目除了美容醫學之外，大概都是朝醫療品質，說你來這邊服務比較好、品質比較好，所以民眾已經開始被誤導，像我們就有民眾來投訴說：其實醫生都告訴我自費的藥比較好，或是告訴他其實住自費床比較舒服，好像確實也是這樣，所以他其實是被誘導，所以民眾可能不曉得他可能是總額的關係，可是它的影響就是這樣，就是市場已經被區隔了，商品化的東西在健保制度底下已經愈來愈明顯，因為它論量，然後你量又不夠，你自己值衝破，衝破後回過頭來太便宜了。(受訪者 D)

有一些檢驗的給付，他被要求作一些無關緊要的檢驗，比如說正子造影好了，一個有 tumor 的病人，超音波、斷層都照出來了，他還會要求要作正子造影(按一次最低九千塊)，醫生會告訴你這樣我們比較不會開錯位置，民眾會選擇相信，因為已經得癌症，你會想我的錢都不重要了只要你把我的病治好，這種情形非常普遍，比如說你跌倒

自述撞到頭部，他就跟你說電腦斷層健保要排很久，那你要不要自費？4000 塊馬上就可以照。即使排到健保下個禮拜再來看報告，自費馬上就可以看到結果。(受訪者 D)

#### (四)醫療資源切割造成完整性下降：

民眾的就醫權利、可近性不應跟總額有關，當然它的特約就跟可近性有關，可是談特約後總額的分配嚴格來講並沒有關係，因為他是屬於特約醫事機構和保險人之間的關係，那所以從 cost 或各小總額，民眾大概是沒有辦法去知道合不合理，那對台灣來講更是如此，因為台灣其實很難切割，為什麼我們當初不太支持實施小總額，因為病人流動性太容易，可近性太高，所以從屏東來台北的不是少數。

以老人家為例他到診所去他是很方便，可是他得到可使用的服務就很少，只有門診、拿藥就回家了。即使血液可以抽檢，但大部分的老人家不只是血液抽檢的問題，沒有一個老人家進到醫院沒有照 X 光的，當然這是我們的醫療習慣有關，他可能在醫院裡面或是需要家人陪同的他會在醫院裡面滿足他所有的檢驗，他進到醫院來作整合性的醫療服務，這應該不叫可近性對不對，加拿大有五個法則...完整性！對於一個有許多疾病的老年人，我們嘗試想幫他整合，但專科分的很細，家醫科也沒辦法，藥也沒辦法整合，所以一個月要看四次，

也許民眾的可近性高，但得到的醫療並不完整。最大的問題是醫院才能增加收入，因為我們的給付沒有朝著整合性醫療給付，那你掛四科要付四科的診察費，所以他會鼓勵你掛很多科，所以病歷會一直在流通，更不用說醫院的環境並不友善，這部分是民眾最大的痛苦。(受訪者 D)

#### (五)可近性下降：

醫療利用率有一些很有趣的數字，我這家醫院跟健保特約一百床，我現在只開八十，我沒有全開，然後我告訴你我沒有健保床。最有名的就是邱小妹妹事件，邱小妹妹急診特約六床，可是只開四床，他說四床都滿了，就說我們病床都滿了，要轉到其他地方去，這很明顯是違反病人權益。在總額制度底下他們覺得收這樣的病人其實是虧本的，他確實也告訴你滿了，的確是這樣，可是他沒告訴你還有多少床沒開，那民眾就不會知道。因為明天監理會要討論，我剛好有資料，非常的多喔，大部份的都先搶到病床數，可是都沒有開，這就是很大的問題。為什麼要先搶病床數？這樣對他的給付比較有利，因為給付會算他醫院的規模，所以他先核準病床數後他就可以拿到比較好的分配，就是我們講的醫院總額。我們現在總額有分區，說是沒有小總額其實都作了，分區總額後就根據醫院分配 quota，所以他一定要拿到

病床。我們現在開始查喔，我們健保病床數的成長是 6%，醫院每年總額成長率是 3.7%，那病人為什麼還是沒有病房可以住呢？我們病床的空床率，未開業的床數總共有 3023 床，那東區是沒有，其實他醫療院所很少，那中區是最嚴重的，1098 床，中區的醫療密度是很高的，(台北八百多床)這麼多的病床沒有開，他已經開的床還拿來作醫療照顧，就是長期照顧，這種情況是愈來愈嚴重，那很多是跟社政特約，特別是精神病養護、老人養護，這種是算簽床的，從早期 62 年小康計畫開始，到民國 69 年作精神病的養護，因為平臺不夠，精神病是最多，再來是老人，或是呼吸照護的人，這三類的是最多的，他就長期待在開床的養護場，所以那些地方有沒有 turnover rate？他沒有，他就是一直固定在那裡，所以他本來就有這些沒開，那開的又去弄這些，因為太好賺了，簡直是財神爺，所以病人權益自然就會受到剝奪，那病人知道嗎？不知道，因為住在裡面的也不願意出來，後面 waiting 的人只知道病床滿了，他怎麼知道這些人都不應該住院？

(受訪者 D)

(六)病人權益問題：

要在總額之下有一些配套，就是說他要保障一些偏遠地區真正支撐醫療機構和民眾可近性的加強。這些應該被考慮，否則一樣的民眾

一塊錢的效益其實差很多，都會區民眾一塊錢的效益很大，他交通省下來了，可近性他可以選擇診所，那鄉下的民眾就不行，他又遠，也沒辦法比較，所以一塊錢保費的發生的效益就會產生剝奪，所以這是一個很大的問題。所以可近度有一些城鄉上的差距，那當然就直接影響病人權益。因為病人權益是很好喊的口號，但坦白講很模糊，包括現在醫策會定的評鑑標準裡面病人權益有專章喔，可是還是很模糊，大部份還是圍繞在臨床路徑。比如說應該作這些檢查然後你沒有作，或是你應該告訴他手術的風險，這其實還是專業決定，是由專業來決定民眾應該有哪些權益應該被保障，然後沒有去問民眾。像我問過精神病人你在醫院看病，醫師、醫院關心你什麼，你才覺得他們關心你的病人權利？我希望他能夠花多少時間跟我談話談論我的病情、我希望藥師或醫師花多一點時間告訴我藥怎麼吃才會好？我希望我出院前有人告訴我回家要怎麼照顧？那就需要衛教對不對？但衛教就是一個單張而已，甚至大部份的疾病都沒有衛教單張。我希望告訴我們掛號幾點去就可以了，某些大醫院確實有，可是不準。這個措施很好，可是民眾不會照時間來看，他們會認為愈早到愈早看，可見民眾對候診非常在意，可是這些全部都沒有在評鑑裡面。因為這些病人還覺得是他的權益，然後他要知道哪些是他要自費哪些不用，很抱歉在評鑑標準裡都沒有。他在督考會有，你有沒有不當收費，在病人權益勉強

有一項跟這個有關：你要懸掛收費標準。可是那個懸掛收費標準是病房差額，你要住頭等病房我們差額是多少，他也不會告訴你健保給付是多少，他直接告訴你差額，那差額準不準？不準。因為你沒有對照的錢，你不會知道健保是多少，跟自費的差額是多少，而且他沒有比較，我怎麼知道我在台大跟國泰哪邊是合理的？(受訪者 D)

(七)費用成長的速度遠遠比不上醫事人力成長的速度：

這點中醫尤其嚴重，為什麼？因為西醫有很好的醫事人力規畫。你醫學院院校的招生，起碼好幾年下來都有在控制。中醫最慘的事中醫來源除了學院以外，還有所謂的特考，特考可能發生什麼現象呢？今年錄取三十個，明年錄取一百八十個，那我們中醫的總醫師數，到現在是四千多人，所以當你考試的這麼大的時候，他進入市場每一年的情形，我們現在的成長率是 2.5% 左右。中醫界最高二到二點五之間，牙醫二點五到三之間，西醫大概都是接近 5% 成長率，經建會給行政院成長率有個上限大概就是 5% 左右，這兩年大概都是這樣。它們給的叫作錦上添花，因為醫院的部分佔了 65%，牙醫大概佔了八點多%，中醫佔了四點多%，長久之後，我想這是很簡單的數學，六十幾% 每年成長 5%，我們佔四點多% 每年成長 2.5%，所以我們可以推估十年後，中醫所佔的總額不再是 4%，應該是更低，這當然是我們

最大的隱憂。如果說傳統醫學今天是連世界各國都在重視，把它納到很好的研究，每年花相當多的經費去作，但是我們在台灣不但是最小一塊，而且從今天這樣的走向，它還再繼續萎縮。再來就是今天人力的規畫都沒有出來，除了目前中國醫藥大學和長庚大學有中醫系以外，特考民國一百年才會結束掉，在這當中每年用一百個的速度成長。再來還有一個最大的隱憂是學力認證的問題，現在我們知道到大陸那邊去念書的，最多的是中醫，這些人虎視眈眈就是要等學力認證以後可以回來參加我們的考試，那時的人力我不知道我們的政府如何規畫，這幾個大問題大概是中醫界在實施總額或是在總額背景之下，引伸出最大的憂心。

#### (八)缺乏對等協商機制：

保險公司沒有辦法自己提供服務，所以他找一個團體來提供服務，就是 health care provider，本來健保局和醫療院所應該是有這麼多錢，我想買這種服務，你能不能提供，醫療院所說好，我可以提供，你這些錢我可以提供這樣的服務，所以費協會和監理會，現在在談說費協會和監理會要不要合在一起，不管有沒有合併，基本要維持的精神就是健保局和醫療院所應該有對等的協商機制，過去在費協會也好，在監理會也好，這個反而是醫療院所這個 health care provider 沒



有這個權利，你講費協會組成，你剛剛也有提到這個督保盟，醫改會，有消費者，有殘障聯盟，有勞工，還有左派的學者，醫療院所反而是不具代表性，都是沒有聲音的少數，所以幾乎沒有辦法達到對等公平協商的機制，所以健保實施的功勞都是健保局，但是如果出了問題，被畫黑臉的總是醫師醫界跟醫療院所，一向都是如此，現在藥價黑洞也是一樣，都把責任推給醫療院所，這就是因為沒有對等協商的機制，不管怎麼改革，這是我們醫界最大的要求。(受訪者 I)

#### (九)缺乏互信基礎

自主管理另外一個面我看到的問題，是在健保局跟醫界之間其實互信的基礎也是很薄弱，因為其實自主管理講的應該是說醫界自主管理是健保局跟醫界是合作關係，原先我們在講這些計畫的時候，其實已經有健保局在講說這個部門不一樣，你不應該用同樣模式，因為有的人管得很好你就讓他管，可是他如果沒辦法你必須要跟他分工，這一點可能也是後來導致整個總額運作到後來不是很成功，尤其是在西醫這一塊，非常重要的關鍵，我想老師應該也會聽過醫界這些 concern，其中有一個 concern 最厲害的就是缺乏互信基礎，那我自己觀查到的是說，對健保局來講，他看到從牙醫，中醫，西醫基層到醫院，他會發現其實這個 power 愈來愈少，我會感覺到說其實這是他內

部的人自己講的，他自己沒有辦法像以前有這麼大的 control 的時候，他就會慢慢地想把他收回來，在這種狀況下就蠻明顯的，當然醫界也沒有辦法完全被信任，我覺得這是相對的，不是說是絕對的，當你的目標不一樣，我會覺得他的運作就已經沒有辦法成功，因為你沒有一個信任的基礎，就像我們跟小孩子，我們如果認為小孩子可以獨立作很好，那我們就盡量幫助他，如果不是的話可能有很多是有牽制的。

(受訪者 H)

#### (十)缺乏漸進改革

總額這一塊很多其實都是簡單上路，其實原來是說周延規畫，簡單上路，漸進改革，那如果有後段漸進改革我覺得就 ok，我們好像一到漸進改革就 stop，一直停留在簡單上路，這個部分事實上回來也會去挑戰總額的足夠性。

#### (十一)財務責任制度沒有辦法落實

最主要的是因為我們比較早期的時候我們一直強調，還是以量出為入，就是說我們是先決定給付，問題是中間有很多環節其實後來也沒有作得很好，第一塊就是所謂的量出為入那一塊，我們原來是有些想法，覺得說如果不是調財務就是給付要改變，他是有幾個參數一定要改，但我覺得行政單位不想把這兩個連結在一起，醫界會認為說你政

府就是不能變，然後我們只能就現有的來看，可是問題是給付不變我們又沒辦法是純粹的量出為入，健保局在作財務規畫的時候，其實還是會考量他的財務狀況，雖然說他也不是完全的量入為出，我想老師也知道其實從第一天作總額協商開始，就已經在虧損了，我們其實一直在跟經建會講說，你們把他壓低甚至不讓他成長也沒有用，因為就是虧損嘛，所以有點掉到中間我覺得反而是最糟的，因為你如果說我完全量出為入那他們就搞一個更大的，或者說好吧，我們真的沒有那麼多錢，給付應該要縮減，可是衛生署基本上沒有這個魄力，所以變成兩邊都沒有辦法兼顧，這是一個比較大的問題，因為如果結構上這個不改的話，要用現在一再 compromise 的方式，然後要去跟醫界說我們就只有這麼多錢，就只能這樣用，我覺得這是不負責任的說法，這個我想大家都有看到，只是說實際上有沒有魄力去突破。(受訪者 H)

## 二、與總額間接相關的討論：

### (一) 單一機構和多元競爭：

與國外健保制度相較，台灣有四個好處。但是問題是我們的民眾說：我們付較高的保費，卻感受更差的服務(We are paying more but feeling worse)；我們的醫療服務提供者說：我們工作更勤快，賺得卻更少(We are working harder but earning less)；我們的政府官員說：我

們作得更好，卻被罵得更慘(We are doing better but being cursed much more bitterly)。為什麼會這樣？主要是目前的系統少了兩個重要的價值：對民眾來講，他們的選擇權被拿掉；對醫療服務提供者來講，沒有競爭。一個制度沒有選擇性和競爭，你就沒有辦法證明他究竟是好還壞，這個制度將來會失敗在這裡。你說我們作得很好，繳這麼少的保費，提供這麼好的服務，你民眾應該多繳一些錢，民眾就說：誰說的？你是最後一名！既有藥價黑洞，又有 4.6 個月的績效獎金。(受訪者 A)

解套方式：以長期來講，只要我們設計出來的制度可以規範給付下限保費上限的前提下，可以讓他從單一機構轉向多元機構。譬如說六個分局改成六個健保管理局，每一個在 local 來講是單一公營公司，再來(兩年後)開放六個分局跨區競爭，再來(兩年後)每個分局開放一兩家民間競爭，這樣每個管理局規範給付下限保費上限，引進競爭比較機制，這樣才能證明我們的保費是不是低於某個 cost。(受訪者 A)

## (二)健保改革議題政治化：

我們健保有個財務週期(financial cycle)和選舉週期(elective cycle)。選舉前九個月不能動，要這兩個週期同步(synchronize)才可以

作。現在又發現一個 cycle，叫作內閣改組週期(行政院長上任前六個月)。還要領導者夠聰明、肩膀夠硬。這些集合的交集可能就不存在。

(受訪者 A)

### (三)財務危機：

如果以權責基礎，我們到7月底大約剩17億準備金。沒錢沒有辦法作事，一直借錢不是一個國家應該採用的方法。健保規定依法應兩年精算一次並進行費率調整，理論上此精算應委託精算專家，由衛生署精算小組審議後，在法定費率範圍內應作調整，此費率調整理論上報行政院核可即可，但目前有很多的單位並不贊同這樣的程序，包括民眾。第一個單位是立法院，尤其不同的政黨不同的表態，在野黨都會說你的欠費沒有解決，浪費沒有解決，你是不能調費率的；不管誰執政都擔心我如果調整費率會不會影響我的執政？所以在台灣，調費率已經不是專業的問題了，變成是政治考量的問題。所以我覺得在財務不足的部分，最大的問題在這裡。當然他也反應出溝通不足的問題，也就是行政單位要說服民眾願意同意通過來調整費率的溝通不足。這是收入不夠的部分。(受訪者B)

目前健保在財務上是有點捉襟見肘，財務的部分是分成兩個面向：一個是收入面，一個是支出面。預期從現在到未來五年，收支的

短差大概是在兩個百分點，也就是說收入面這五年的平均是比支出面平均低兩個百分點左右，所以說在未來幾年如果沒有一個結構上的變化，沒有採取一些措施的話，大概很難樂見財務好轉。(受訪者 F)

為什麼財務收支的落差會是兩個百分點？主要在收入面的部分是因為收入的成長是很有限的。我們現在收入面的幾個因素是來自於保費，保費的部分要嘛就是來自投保金額有沒有成長的空間，但是投保金額又取決於我們的保費，就是我們的薪資上漲率。但是薪資上漲率以公教人員的話，明年度是不予調整的。所以第一個是投保金額本身會不會變化，是取決於工資上漲率。第二個是投保金額會不會變化是取決於投保金額的上下限。那這個上下限就是去年在多元微調的時候是有調高上限，現在我們上限已經調高到十三萬多了，十三萬多比起下限 15840 基本工資，其實他的幅度在國際水準上已經算很高了。雖然大家在作國際比較的時候，會提到說有些國家上下限的倍數是幾倍，但是因為那些國家他的倍數比較高，是因為有些國家下限並不是用基本工資，有些下限是 part time 的，就是部分工時的人的工資去計算，所以相對他的下限相對較低，上下限的倍數當然較高。那因為我們的下線是基本工資，所以 15840 跟十三萬多比較，就目前收取保險費的國家來講其實水準是差不多的，所以變成調整上限的空間是有限的。所以第一個就是說投保薪資自然的隨著經濟上漲率是有限的，再

來就是說在投保金額的上限雖然是可以去調，但是能調多少，這上限也是有個極限的。(受訪者 F)

解套方式：讓民眾能信任政府不是把民眾當「提款機」，首要秀出成績，健保局作了哪些努力？第二是考慮在法定範圍內再推一次多元微調。第三個是按家戶總所得課徵保費。(受訪者B)

侯署長推動多元微調(解決收入面問題)，讓健保渡到現在，要不然九個月以前健保早就沒錢了。等到赤字出現總額成長率就會更低了。明年還要還顧主公道，要調降平均眷口數，我並不認為這是絕對公道，因為有一部分是當時不應該讓退休人員脫離子女，因為這樣平均眷口數就少了，多付錢的是政府，得利的是企業界。把平均眷口數應該從0.78降到0.75差不多，而非降到0.7，否則明年的財務將更吃緊。(受訪者B)

我們保險費的費率從民國 84 年實施以來調整過一次。從 4.25% 調整到 4.55%。大家一直在考慮到的，是不是保險費有上漲的空間？我們去檢視一下我們現在的健保法，健保法裡面有規範到三種情況是可以去調整保險費費率的：第一個是精算出來，健保局每兩年會提出來一個精算報告，精算報告會送到監理委員會審議，審議完之後再交由衛生署來訂定合理的保險費費率，報請行政院作調整。其中第一個是說，假設我們現在健保現行的保險費費率跟精算出來的保險費費率

之差是超過正負百分之五(包括正負百分之五)的話，那麼就符合改變保險費率的第一個要件。第二個要件是取決於安全準備金，安全準備金如果低於一個月的支出水準，或是高於三個月的給付水準，就達到調整保險費率，那我們可以看，就整個健保一年大概四千億的規模來看，一個月的安全準備是兩百多接近三百億左右。我們現在的安全準備是遠低於一個月的水準，所以這是第二個要件。所以理論上是可以調的。(受訪者 F)

第三個可以調保險費率的是給付的內容和給付的範圍。如果說給付的內容和給付的範圍擴大，足以影響保險財務的話，那麼它也是可以去作調整的。當然這一項相較於前面兩項，它不是那麼有具體的標準，但也是值得去思考的。所以剛剛講到的這三點，其實保險費在調整上，就法源來講的話他是可以執行的，只不過在實際操作的層面上，牽涉到比較多不同面向的思考。(受訪者F)

#### (四)角色定位不清：

健保政策有太多的理想而不去堅持。我們當初把全民健保定位在什麼角色？它是社會保險而非社會福利，現在這幾年在費協會裡也有一些聲音，例如預防保健、社會福利、教學費用，這些都不應該放在健保裡面。這個要釐清，當初健保強制全民納保，幫助生病的人，這



是很大的目標。不能說承受這麼大任務的時候你再給他東加一點西加一點，這樣它會被拖垮。衛生署來當健保的主管機關，事實上會有很大的疑慮。立法院行政院有沒有把應有的權責畫給衛生署？這樣衛生署會很痛苦。我們學術上的探討是什麼是應該的，至於政治力要怎麼去改變它？專家學者只有再三的說這些事會造成什麼後果，這是學術探討應有的態度。任何一項加上去的功能必須要精算，否則混雜式的加上對每個總額都是很痛苦(會把費用消滅掉)。只有在很單純的目標下功能才會正常。(受訪者 C)

常常有人搞不清楚健保是保險還是福利。社會保險是社會福利的措施(一種approach)。我們的全民健保有50~60萬人保費受到補助，例如低收入戶全額補助，中低收入戶看縣市別，政府有錢就補助；農民是法定的；非法定的還有原住民55歲以上沒有工作就有補助。我們有些政府的補助沒有說清楚，他是用福利的精神在補，有人說你那塊可以補為什麼健保虧損不能補？這是理念上的困難之一。這次經續會的共識意見第一條就釐清我們的健保是一個風險分擔的制度而非福利制度 (受訪者B)

我們健保最大的問題是定位，因為我們健保它也不定位在社會福利，也不定位在資本主義的商業保險，它把它弄成社會保險，那就非驢非馬，如果他定位清楚的話，說社會福利，那很簡單，你不要向人

民收保費，我國家稅拿來辦健保，我有多少錢作多少事，現在你一方面向人民收錢，一方面作包山包海的福利工作，當然是兩面都不討好，那你如果辦的是像美國的商業保險，很清楚商業保險就像汽車保險，我繳多少錢，我選擇什麼樣的program我就受到多少保護，人民也都不會有話說，但是我們把兩個結合在一起，整個健保的問題就是由這個定位產生的。(受訪者I)

## 第二節 有關總額公式的討論

我們作 decomposition 有六個因素：人口成長、人口老化、通貨膨脹、平減掉 CPI 後醫療價格上漲(因為醫療成長常常比 CPI 還高，所以考慮非通貨膨脹的醫療成長的部分)、人均利用率增加(控制年齡和性別後，這部分會有很多 provider 的因素和 access 的因素。其他變項都沒變，但 provider 愈多，看病愈方便，time cost 愈低)和 residual(intensity of care 的增加)。總額的公式考慮到前三個半因素。Residual 對醫療費用的上漲根據 Newhouse 的 paper 佔 50%~60%。這塊最大的部分是在醫院裡面，但醫院協會沒有能力 fight 這塊，其次在西醫藥品上，高血壓在 25 年前可能就中樞神經抑制劑加上利尿劑，20 年前乙型阻斷劑，15 年前鈣離子阻斷劑和 ACEI，最近五年是 ARV，從幾毛錢的藥，現在可以到一顆四、五十塊。高血壓的人很多，

每個五年就一直有新藥，扳十塊前上去，且你沒有辦法抗拒。醫院這邊最多，西醫基層也漸漸影響到，他們醫院沒有能力 fight 這個公式。另外，single payer system 不能只看 demand side，還要看 supply side，變成一個 reduced form，變成要看 structural function，看 supply side 有哪些因素也有貢獻。比如新店慈濟，以前新店的民眾可能要跑到台大或耕莘，現在它弄的比耕莘還大，這事實上也有 contribution，但在我們的公式中完全看不出來，以現在來說住院大量集中到 100 家中大型醫院，地區醫院一天 2300，區域醫院 3500，醫學中心 6500，同樣的 upgrade 那大家都往大醫院擠，這個公式上的問題醫院沒有辦法去 fight，再加上健保財務惡化，衛生署和健保局也就混。現在總額在西醫基層和西醫醫院碰到大的問題，但沒有一團人來研究總額要怎麼修、替代方案是什麼？(受訪者 A)

就公式來講，supply side 目前病床數持續增加也在 upgrade，增加的都是比較大型的醫院，supply side 跟 new technology 的影響不同，像藥物的新上市大概 2~5 年會到 plateau，facility 大概 5~10 年會到 plateau，另外醫師 procedure(eg 換人工關節，technology diffusion) 大概 10~20 年會到 plateau，現在醫界也不太知道怎樣去看這塊，所以會 underestimate。(受訪者 A)

總額公式考量的因素，我覺得 CPI 沒有進去，年齡性別調整後的

rate 沒有加進去，technology 沒有考慮進去。Intensity 不容易測量，但它是重要的因子(50%~60%)。且 end point 不好弄，例如金屬支架，在阻塞率下降 20%~40%，你如果只觀察個一、兩年，那個塗料支架真的是比較省錢，尤其是在美國住院很貴，在台灣住院沒那麼貴，省錢效果有限，問題是病人本來活三年就 out 了，現在可能要給他再多活 13 年，那麼這十年的醫療費用就是增加錢了，所以這部分不好處理。然後 supply side 和 demand side 要注意不要 double counting。(受訪者 A)

Provider side的層次跟保費收取一樣是總額之上的層次。以病床、醫師人數不是健保局可以管控到的，但衛生署可以管控到。這11年來增加四萬多床，醫療院所少了，加上create呼吸治療床(應該要作總額)。開醫院增加病床是跟著支付來的，因為支付有誘因才會設這些，要檢討。而醫師人力的部份還有人要設醫學院，以前1:1000就很多了，現在聲音在往下降。因為很多人有理由：美國1:250左右，歐洲1:300~400，也許可以檢討，任何一個health system如果只管finance而不管delivering這是說不通的。檢討這些公式的weight很重要。(受訪者B)

非協商因素要有一套客觀的數字顯示說這不用協商，當時才有人口結構改變率、還有投保人口年增率。他們老化反應在人口結構改變

率。一開始算的很 simple(只有性別校正和年齡結構)，現在醫院總額算得很複雜(還用標準化比)。(受訪者 B)

支付標準的協商因素，協商因素的細目現況都是經驗值，為什麼是經驗值？譬如新科技那塊，實際上我不知道會有多少。不管是西醫或是基層，其實我們編的細的實際上執行都作不到。我一直覺得大家認為新科技影響很大，但實務上藥品成長稍微比較快，新科技成長實際上成長非常低！從健保開辦以來 procedure 新增屈指可數。藥比較多，特材比較少。如果沒有新的服務項目也不太會有新的特材。所以那一塊我們從來沒有用完過(但是他不是專款專用)醫界已經有要成長的目標值，再來湊細項！那個東西最重要的是後面的成長值，除非在費協會裡面有專款專用才有意義，否則費協會不會去 follow 那塊不是真的用在新科技，所以看那些東西不是那麼重要。(受訪者 B)

我覺得現在不是公式的問題，健保局按照公式算出來的東西最後都被協商打破，它的非協商因素其實已經不是問題，它的關鍵在協商因素，除非你把協商因素的比重降低才有可能，難度非常高。非協商因素有人口老化，經濟啊，GDP 啊都有放進去，反而是我覺得非協商因素，其實對醫界非常有利，每個國家老化速度不一樣，台灣是後十年才會急速老化，不是我們最近這幾年。台灣老化最快是 2020 年，現在還不是最快的，我們會慢慢變快，因為戰後嬰兒潮那些人都

老了，然後我們又不生小孩，所以我們還不是最嚴重的，但是他們現在覺得我們很嚴重，可是你那個速率，有些老師講法國最早，可是他成長很緩慢，他們也是生育政策。可是台灣沒有啊，台灣又沒有有效的（政策），如果公式還沒有改的話，可能那時候非協商因素這個部分的比重就會拉升。可是現在看不出來，我們老年人口成長比例跟我們病人醫療支出成長比例完全是沒有關聯的，就是老年人口成長比率大概2%吧，可是我們醫療支出四點多啊，所以不完全是因為人口老化的問題。(受訪者 D)

總額公式其實只有非協商因素嘛比較明確，非協商因素如果要做學術研究我想是有很多改善空間。比如說你的物價指數到底要怎麼樣改善，可以做得更好？其實那是有改善空間的。特別是其中藥品的部分，因為我們現在都是用躉售物價指數裡面的那個藥的樣本，其實不多，還有其他的包括中醫、牙醫是不是要用那些，那個我覺得 always 是可以去檢討，但是我會覺得說現在問題其實不在那裡，事實上大家根本不看那些非協商因素阿，還是看總的。尤其現在醫院很聰明，他跟你協商完，他承諾比如說什麼給付要增加，然後談完成長率，比如說 5.01，他就跟你講說這個我不要，那個我不要。現在已經變成是這樣，所以說就是根本一點效果都沒有。所以我會覺得說如果前端就是剛在講說就是收支扣連那一塊，那個問題如果沒解你還是會永遠受到

我們那個總額那個範圍的影響，因為範圍幾乎就決定了你的成長率，大概就決定了我們總額預算，那範圍如果又是這麼強的政治介入，說真的我們當初真的不會希望說就是因為你的財務而影響那麼大，這是我們還是有點理想但是現在顯然他還是會受這個影響非常大的時候，那我覺得那公式其實基本上沒有什麼意義。(受訪者 H)

非協商因素裡有人口因素，人口因素裡比方說有遷入遷出人口的改變，人口結構改變，老年人口增加，他有一個自動調整計算的公式，新藥新科技也有一個比例，那些事實上是真的影響，我們如果檢討過去幾年來，健保每年的花費都有相當程度的成長，但是服務的人次並沒有很大的成長，換句話說健保花費的成長跟服務的成長是不成比例的，換句話說每人次的服務費增加，每人次的服務費增加我們當然可以解釋為，第一是疾病的嚴重度增加，疾病的嚴重度增加可以說是人口老化的影響，因為我們 65 歲以上人口比例有多少，不是很大，但是把健保幾乎三分之二通通是花在老年人口，所以人口老化是一個決定財務成長的重要因素，再來就是新藥和新科技，尤其最近二十年來新藥和新科技幾乎是 exponential 的方式在成長，當然健保費用就增加得很快，我們健保成長率是 4%，花費的成長率是 10%，換句話說每年有 6% 的 gap，換句話說每年有 400 億的缺口。(受訪者 I)

### 第三節 總額的切割與分配

一、西醫診所和醫院裡面有很大塊的門診 overlapping，如果獨立把門診切出來合併可不可行？

我認為可去分析看看，但我不感覺這個問題很嚴重。這個問題嚴重是在六個分局的分配上，因為以台北分局來講，它的醫院很多，慢性病集中在醫院；南區分局醫院不多，慢性病集中在診所。但是我們用錢跟著人走的公式，沒有考慮到 provider side，造成不同地方醫院和門診的點值，有些人會勞而不獲，有些人會不勞而獲。分區分配的問題遠大於我要把他 integrate 起來。如果真的要作就是把 provider side 的 factor 引進來。例如中醫中區分局按照公式，中醫師沒作對任何事情也沒作錯任何事情，東區分局一點變 1.6 時，中部一點變成 0.6，因為東部原住民不太信中醫；中部中醫多的不得了，所以一些 minor disease 就去看中醫，會跟西醫某些基層有替代的問題。所以中醫彰顯了分區分配的問題。門診有醫院和診所，以前批判 RAND study 完全用 demand side，但 RAND study 只 cover 那個 community 2% 的人口，所以 provider side 沒有影響，RAND study 1978 被停掉，後來跟 Newhouse 結仇。結果我們總額一路上都沒用 provider side。(受訪者 A)

西醫和中醫有些 minor condition 切不清楚，大家也就認了。牙醫



和西醫有一些 OS、medication、oral cancer，病人是跟著醫生走。門診切醫院和診所就會切不清楚；若切門診和住院醫院那塊裡面門診手術或是住院前檢查又切不清楚，任何一刀都會創造新問題，門診點數高或核減率低的話就作門診手術，住院的檢查就弄出來，出院給的藥就弄到門診。(受訪者 A)

這還牽涉到總額協商集團是由誰組成，因為現在是醫院協會和醫師公會，如果門診弄成一塊的時候，它們兩群一起進來，現在單單醫院協會就擺不平了，醫師公會再進來，只是讓問題惡化。(受訪者 A)

如果在轉診制度可以嚴格實施的情況下可以。民眾只能用經濟因素來影響，並把家庭醫師的效能提高。我一為在思考為什麼大家喜歡看醫院的門診而不願意看基層診所，原因可能是基層服務與醫院之間確實有差距，兩邊得競爭力要齊。牙醫不會有這種問題因為百分之99 醫院可以作的診所都可以作，甚至有些診所有的東西醫院不一定有，例如有些醫學中心甚至沒有牙科的 CT。(受訪者 C)

西醫基層跟西醫醫院要不要合併？也有人在說，因為如果理想上要作轉診是應該要合在一起，可是我們理想上達不到。我們台灣轉診已經喊了幾十年了，都沒有辦法。就剛剛講的，我們可近性太高了，病人流動很方便，而且我們又沒有強制性的懲罰條款，如果你不在這裡就醫你就會怎麼樣怎麼樣，所以現在西醫基層跟西醫醫院現在是

competed。有些財團自己作垂直整合，所以之前會有門前診所、門前藥局。現在還是有門前診所、門前藥局。它只是隱藏起來而已，背後的股東還是同一個財團，所以很多財團去開聯合診所。因為我們現在給付是按醫學層級來給付，醫學中心過多了，所以我們的給付就變得很重，因為醫學中心的給付除了教學預算以外，他的給付也比較多，這也被質疑有問題。那就醫療資源的分布就被質疑要不要整併的問題。其實地區醫院只要跟基層診所合作，它被降為診所就行了，不應該處理住院的事務。(受訪者 D) 總額的分法，基層其實他有本身 payment 的問題，他服務的廣泛性，他服務模式提供的問題，那如果一開始我們就貿然把它和醫院合併的話，那些問題其實依然存在，其實醫院三個層級就已經鬥得不得了，如果我們再把基層放進去，到最後真的是可能就被吃掉了，所以那時候其實是這樣的想法，什麼時候應該去考量 merge 的問題，我還是覺得說前提要有一些解決的方案，就像我們剛才說基層你能不能改變它資源配置的方式，更多的資源不是光 URI，比如說其他完整照護，慢性病病人照護，還有一塊非常重要重要的是專科醫療，從老師以前在推分級醫療轉診制度，是蠻清楚說在國外其實大家都是轉診，一般科轉給專科，那我們現在基層連專科和一般科都分不清，專科也沒有什麼生存空間，這樣的問題要有一個比較大的方案，就是基層醫療的改革方案，應該要去推動，至少要等有

一些時間和經驗之後，再去考慮要不要跟醫院 merge，但是在這個過程，我是覺得應該要有一些計畫去促使雙方合作，這個部分以現在的結構應該並不是很難，因為你已經分開兩個各自有總額，那合作也只不过不過是各自再自己訂，所以分開反而是容易合作，與其併在一起，大家都有競爭，這是我個人的意見，有些人有不同的看法，不過我是覺得 somewhat 大家在討論這個問題時，是有一點點迷思，有些人就說國外基層的醫院是沒有分的，可是我們看國外也很少有醫院有那麼大的門診，雖然門診有在增加也沒有那麼大量，大部分的 payment 其實還是會分開的，他們會合作但 payment 是分開的，那個歷史背景大家都以為是合在一起，其實並不盡然，所以感覺是說短期之內應該還好，就是盡量促成他們之間的合作，風險分擔其實那個機制已經在，倒是他自己本身各自的改革是比較重要，因為沒有基層醫療改革跟醫院本身的改革，所以總額其實都只是空談啦，我們現在只是維持表面是說我們費用是控制在 5%，控制得很好，可是那個遲早是會爆掉的。(受訪者 H)

我知道其實蠻多人這樣建議的(基層診所與醫院門診合併)，但是會有一個問題是在說因為醫院到底應該看多少門診，如果說我們要讓各個部門能夠很清楚地發展他的角色，而且用一個比較有效率的方式，我並不認為說把門診併在一起就能解決問題，因為從過去的資料

至少三分之一的大醫院門診它還是 primary care 的病人，這個是不是我們要的，有沒有必要一定要合併不可，我對合併的看法是看他想要達到什麼目的。今天之所以會有這種 proposal 是因為有些病人慢慢流到基層，基層壓力也很大，但基層也沒有說要主動跟醫院合併，現在其實是醫院，那站在醫院的立場，其實你可以看得到是說，他當然說我可以再去擴大，因為他也想把基層那一部分再吃過來，那所以我們公共政策再看這一塊的時候應該是看合跟分，中間到底以品質.公平性.效率這些點來看，到底 favor 哪一個方案，我覺得這是需要討論的，所以我倒不是說完全反對，我只是覺得應該有一些比較深入的想法而不只是直接把他併在一起。(受訪者 H)

因為我們交通太方便，所以新竹的人要來台北看病也不是一個大問題，所以這是台灣很大的特色，這樣的特徵就容易走向兩極化，就是只有大醫院和小診所，中間的就很難生存，因為大型醫院有一個很大的優勢，這就跟企業經營一樣，大者恆大，一切的價格因為量的關係，一切的成本都會下降，而且下降到小診所的一半一下，所以大型醫院容易提供比較高品質的服務，這樣一來又加上交通非常方便，所以大型醫院可以兼顧從 primary care 到 tertiary care，這是我們台灣跟其他地方不一樣的地方，而且提供 outpatient 的 service 反而老實說是比較好的，比如說你同樣得高血壓，你到醫學中心人家給你的藥是三

個月，而且都是很好的藥，那你到小診所他不是給你三個月，他給你一個星期或兩個星期，所以方便性和 quality，而且到大醫院你受到一切的檢查都非常完整，所以比下來的話，除非你因為上班工作的關係，不然大部分慢性病的病人需要長期 care，像 diabetes，像 hypertension，他的選擇不會選擇開業醫，他一定選擇大醫院，反而開業醫就看傷風感冒，或是 screening，就變成兩極化。(受訪者 I)

解套建議：醫學中心和區域醫院就不要分了，不要用健保局的那一套分法去分，就是我們只有兩種醫院，一種是大醫院，一種就是 community，那真的是 community hospital，那 community hospital 是 open to 開業醫在那邊 group practice，這個或許是一個比較好的方法，community hospital 一定要跟後送的醫院有 affiliation，要有策略聯盟，可以雙向轉送，換句話說開業醫師的程度就可以提升，因為他也等於說是 hospital-based practice，他要作檢驗要作 X 光，就是把目前發生的問題大概就會解決掉，我們為什麼所有的 referral 都是單向的 referral，都沒有辦法弄成雙向的 referral，就是因為沒有這種組織，所以我們目前的制度是沒有辦法作國外的 referral，基本上要改變這種結構，我們在談 quality care，以品質給付的方法，如果這個結構不變那你要怎麼弄，說 diabetes 要弄成多好的品質的 care，給付不一樣，高血壓一定要有這種雙向 referral 才可以作。(受訪者 I)

## 二、洗腎總額

洗腎那邊切出來也有一些附帶的治療，他們有計畫的把它推出去，所以點值一直維持的不錯。最近要給他們減一點他們不肯，因為洗腎要減本來就困難，他是少數一群 provider 和 patient 完全利益結合起來，四五萬個人和四五百個醫生，就去慫恿利益團體，所以這一塊每次要砍都有問題。(受訪者 A)

有在討論說洗腎要不要重新回來檢討，以前洗腎本來是混在一起，後來因為成長太快把它 cap 住，現在又說因為洗腎重要，所以內科病人就異常流動，他明明沒有到達洗腎就讓他去洗腎，他就可以用總額錢，所以我們全台灣八百多名腎科醫師，全世界排名有名的多，分配到的預算也是有名的多，我們八百多名腎科醫師，算九百個好了，我們拿到的總額近三百億的規模，是很大。(受訪者 D)

其實洗腎當初他並不是真正總額，洗腎我們一直不想把他變成真正的總額，因為他的運作其實還是必須 under 在基層跟醫院底下，而且他其實跟其他刻有很多的介面，就是有一些互動的。(受訪者 H)

## 三、藥價問題與藥費總額

如果藥出來是要跟藥局或是醫院藥局這些人，現在社區藥局可以弄成協會，醫院藥局沒有獨立出一個法人，所以沒有一個協商的對

象，也不是說藥界的公協會，所以沒有一個行政組織作為總額協商的對口，這裡面還有一個問題：因為真正控制是在醫生處方，所以如果沒有辦法聯結到醫生的處方行為時，醫生說你們有總額我就給你開最好最貴的藥，只要病人高興就好，這樣總額很快就會倒了。不然水庫一直放水下面就淹了。(受訪者 A)

藥確實是每年都有人在討論，但藥跟其他不一樣是因為他是醫師開的，那他再怎麼樣獨立其實都不可能獨立，對不對？因為醫師在決定我要開什麼藥，然後什麼樣的名的藥。藥師是一直很希望把藥品跟藥事服務能夠獨立出來，我們也討論過因為藥師基本上是給藥他並沒有 control 前面的，他應該是由 provider 自己來決定他要怎麼樣來提供，而他可以去改變他的 pattern 讓整個使用更有效率。這樣的想法我絕得是有落差的，所以原來在法理我們寫事實上只有在說門診藥品他可以設 target，可是也不是一個獨立的總額。那種想法只是在說，如果設獨立的 target 跟實際的總額運作不一樣再說。我如果超過 target 那我可以要求要調降藥價，那這部分會讓健保局現在在調整藥價這部分的機制變成是 routine 的。現在健保局一直在 delay，以前大概兩年現在是 3 年 4 年才調一次。如果說我們有 target，事實上他可以隨時有方案，如果預期可能會超過我可能就可以調，變成說不定是每一年可以有一次調整，變成說啟動藥價調降的機制會是跟這個 link，而不

是說我來決定就是不是行政決定，那會比行政決定容易作，因為費協會去協定他要定多少 target，那只要去執行這樣就好。(受訪者 H)

事實上藥價黑洞是一個誤會，被汙名化。我說我穿的這雙鞋是\*\*牌的鞋，這雙鞋報關價只有兩千塊，你到\*\*的店去看，他價格標六千塊以上，進口價的三倍以上，沒有人講這是鞋價黑洞。事實上我們說進口藥，我們先把國產藥排除在外比較好講。我們就講 aspirin 好了，aspirin 是 Bayer 公司的產品，進口時有一個報關價，比如說是 10 元好了，Bayer 公司跟健保局申請核價，健保局可能跟他核的價格是 20 元，那就跟報關稅有個價差是 10 元，這是第一層，是健保局跟藥商的關係，這就是藥價基準。將來健保局給 XX 醫院，XX 醫院用掉 1000 顆，他就一顆付你 20 元，每一家醫院都一樣，事實上藥價黑洞在這個時候已經決定了。第二個三角關係是醫療院所跟 Bayer 公司買 aspirin，當然因為你買的多少就會有議價能力的差別，比如說 XX 醫院他買的量很大，一顆買到 13 塊，XX 醫院一顆就賺 7 元，廠商賺 3 元，那麼 000 診所，我用的量少，買的也很少，我一顆買 19.5 元，我只賺五毛錢，Bayer 公司賺了 9.5 元。但是廠商跟 XX 醫院說：我的發票還是不開一顆 13 塊，我開一顆 15 塊，但是你買一萬顆的時候，我送你一千顆，或者你買一萬顆的時候我捐醫院五萬塊。我捐醫院五萬塊，XX 醫院也開了發票收據給 Bayer 公司，將來



年底要報稅的時候，Bayer 公司也是可以減稅的，增送給 XX 醫院的 1000 顆 aspirin，這個也可以減稅的，這個都是合法的交易行為。

第三個三角是健保局每年都有藥價調查，藥價調查調查醫療院所是用上網，你如果看過的話，你要詳細說明，他都沒有辦法讓你詳細說明，他要的資料你就要報給他。你如果不報，也不是太了不起的犯罪，不報的話罰款一萬塊到五萬塊，所以這是三角關係。這個最基本的邏輯是，所謂藥價黑洞在健保局跟廠商核定藥價基準時已經決定了，XX 醫院有能力在十塊錢藥價差搶回七塊錢留在國內，你行政院發獎狀都還來不及，那 000 診所沒有能力，只拿五毛錢，九塊半都進到 Bayer 的口袋，他是拿回德國去的喔，那你檢調單位是看著錢拿到國外你就高興，本國人民想盡辦法留在國內你就不高興，是這個意思嗎？這是莫名其妙的東西，老實說 Bayer 公司在賣你 aspirin 的時候跟\*\*公司在買你台灣鞋子的時候，他是一樣的把它看成一個貨品，這是一種市場機制，那你說健保局為什麼不把價錢核價核低一點呢？因為要有 XX 醫院，XX 醫院今年一顆只買 13 塊，那健保局明年就知道原來一顆可以買 13 塊，馬上明年藥價基準就調降。他還有這種調降的機制，所以事實上讓醫院來自由競標這是很正常的，一個藥價調降的機制。那我不曉得我們社會把它弄成又是醫院在 A 健保，這是莫名其妙的事情！(受訪者 D)

#### 四、呼吸照護

現在反而該切出來的是呼吸治療，整個設計發生嚴重的錯誤。原來是希望從加護病房把呼吸器依賴病人疏散出來，現在看來這個效果是有，但搞的很多安養院的病人都在作呼吸治療，花兩百多億在照顧植物人，那 mortality rate 很高的。大概三個月四十幾 percent，一年到 70%。這些人被拿來作為生財工具，顯然是 overpaid，但是降價又不好降，我們用一種打折方式，他們去找立委，說「不該作的話那我現在拔囉！」那拔了就會馬上死。有一群人不是很正派，甚至商人、惡勢力進來，那種要用總額把它框住，讓它不會成長。(受訪者 A)

呼吸治療事實上不容易切清楚，洗腎已經算是比較乾淨的一塊，那呼吸治療事實上更複雜。(受訪者 H)

#### 第四節 健保給付範圍

我們現在的健保制度百分之七十是填補和根管治療，百分之十八是牙周病，其他的就佔一點點，百分之十八的牙周病佔 50 多億，其中 30 億是作洗牙，只夠支付全國牙結石清除，所以它要再增加項目事實上不太容易，我們現在的想法是說齲齒的防治，在總額這個階段已經開始去努力，那我們在 ODE 填補的部份，從去年降到 10% 以下，之前都是五十幾%、六十幾%，去年降到 49%，表示說這邊醫療被合

理的平抑下來，再過來我們思考的應該是牙周病的部分，那我們現在項目短期內要增加到假牙的部分來講我們認為健保的財源，假如從醫療需求來看是非常辛苦。現在也是有假象，有些地方政府幫忙做假牙，跟社會福利又重疊到。牙周病治療應該再擴大。作結石更深入的治療。(受訪者 C)

如果說擴大或縮小健保給付範圍？他已經在縮小啦！他事實上已經逐步在縮小，本來有一些是法裡面就不讓他們附，那藥品也是啊，藥品速度變慢，所以有些藥是看不到吃不到，你知道那裡有藥，其實沒有給付。因為財政問題沒有給付，所以他已經在縮小健保給付範圍，但是我覺得再擴大是不太可能，以後保費收的夠也不太可能，因為放了就難縮，所以一定是縮小，那縮小到什麼樣的範圍是民眾可以接受的？我覺得都可以接受。你知道為什麼？只要不是驟然的改變，民眾擔心的不是縮小給付範圍這個議題，他們自費的項目到底是什麼狀態？他們會很在乎，其實在健保給付沒有實質縮小的時候，其實現在也沒有，他只是在以前的時候不付制酸劑，那很便宜的，民眾也不知道這個東西健保到底有沒有付，這才是關鍵，反正醫院說要自費就自費，所以我覺得他的給付範圍資訊是不是夠清楚？這確實是一個 issue。那當然你在保費結構不變底下，要縮小給付範圍其實是沒有道理的啦！當時你跟民眾的 commitment 就是說：我付這樣的保費

就得到這樣子的服務。就有點像你買商業保險一樣，你這個時候買的東西就是這樣啊！你不能說你安泰財務不好了，所以趕快縮減給付，這不符合我們當初訂的合約嘛！那我那個時候跟消基會律師也有談過這個問題。當時強制性的社會保險就是政府承諾說你付這樣的保費你可以得到這樣的醫療資源，可是你現在醫療服務在縮減就是違約啊！所以就現有的保費結構下，如果真的要縮小給付範圍是完全不合理也不合法的。如果將來保費結構改變，如果他要談健保給付的範圍，說不定是有得談。也許會慢慢接受什麼樣的狀況下部分負擔要增加，什麼所得收入的人部分負擔比較高，那個就是各種形式上縮小給付範圍，甚至說以後論質或 cap 住，其實也沒有所謂縮小給付的問題，因為他都包了，他就 cap 住這些錢了，不管你醫院怎麼治療，所有在爭取醫師用藥限制，其實用藥限制可能跟給付有關，我某種藥用在某種適應症上，不過它是一線二線的給付，就跟財務有關，坦白講是這樣，因為國外都沒有這種問題，就是你用的話反正都是醫師自己負責。現在論量就沒辦法，因為，你以後如果 cap 或 DRG，他不管你怎麼用，你要用很貴的藥是你的事，用很便宜的藥也是自己的事。我要的目的就是 outcome 好。所以給付上的爭議就會變小。(受訪者 D)

## 第五節 總額存廢的討論

我個人是認為那三個基層弄總額，西醫醫院不一定要用，因為最後生死都掉到這一塊。醫院這塊相對複雜應由健保局投入管理到成熟穩定(包含門住診)。我剛講說廢總額，醫院在過渡期會預期又要給你框住，我們要把 base 衝高。所以現在要想個方法防止惡性成長，以防突然解禁後一發不可收拾。(受訪者 A)

牙醫的醫療問題是失控(成長率11%)，那時候我們唯一的一條路是審查、抓弊端。在這種狀況下總額已經寫在法裡，署裡也在推動。當時把11%降到8%(我們心目中是5%)是不得已的。第二回談中醫時，當時健保局送來的成長率，我覺得怎麼可以呢？後來啟動協商機制，所以中醫的成長率沒有牙醫的那麼好。現階段如果當時牙醫中醫的餅割太大，成長率就要比別人慢才行，現在成長率則確實有下降。(受訪者B)

牙醫中醫作附加險，我們當然也聽過這種聲音，這項在牙醫部門基本不會贊成，整個健保體系願意去看牙科 30~50%又提高很多，在臺灣口腔衛生蠻差的時代，如果改成附加險，後端要付出更大的代價。項目少自費就多，可是以整體的健康來看，即使把牙醫總額的三百多億都改成附加險，我想也沒有辦法讓醫院...，但國民的健康會損失到什麼程度？因為牙醫有不可替代性，你不可能牙痛的時候到醫院打一針就好，假如跳脫牙醫界的利害來看，以國家的健康照護來看，

現在把牙醫弄成附加險，maybe 你可以省下三百億，但是這個三百億只能讓醫院部門消化一年多，但是一年以後全國人民要看牙醫，沒有健保啦，你要外加附加險才能看健保，就醫率一定又下降。我覺得首要其衝的是民眾健康，因為我們現在對牙醫部門來講有許多奇奇怪怪的或是小病來看，但是我們可以從整體的牙醫就醫及牙醫照顧到的人，幾乎很少人因為牙痛時經濟因素不佳而不去看病，但是我們碰到沒有健保的人，做某項處置 3000 塊，就不作了。那我們是要把這種情形放大嗎？在附加險考慮之前我有一個想法，健保其實是一個社會安全穩定的力量，在作項目的削減要考慮效率的問題，到底是不是值得，但是我個人在觀察，這個三百億來講，假如你不把他最可能產生大量使用的部門，作有效的管理的話，其實西醫基層、牙醫、中醫，都還留在健保的話，這個健保體系也不會多久啦，假如我們把這四個 part 或是牙醫中醫西醫，因為牙醫其實在附加險上認為在這個階段不太適當，事實上我們是認為第一個它有不可取代性，第二個是它的早期醫療會便宜很多，因著這兩個，作附加險要算算看是不是划算，你看台灣牙醫一年花在每個人是一千多塊，你假如去看牙醫沒有健保，看一次就要一千多。(受訪者 C)

牙醫跟中醫不太可能廢掉總額是因為牙醫的利潤分配得好，它如果再跟總額在一起他們一定會抓狂的。牙醫的自費項目非常的多，也

沒有人會去 argue 的，大家都知道要作好牙齒你跟醫生吵架是沒有用的，你就知道你要付這些。(受訪者 D)

總額原先的想法是希望共同管理，而且是能夠分工合作，那這一點當然也很多人都點出來，到底在西醫這一塊能不能作得到，這個部分我會覺得是說原來大家的想法在實際上執行的時候真的是會有困難，比較大的困難是會在組織，這個部分統整的問題，因為西醫基層主要是在全聯會底下，全聯會一直想跨兩個都他來管，所以一開始就浪費很多時間在這種組織的問題，你該歸我管或不該歸我管，或是西醫基層要不要去獨立，這個問題完全沒有辦法去讓西醫基層有向心力，好不容易這一兩年穩定下來它又碰到門前藥局，還有剛剛講的這些問題，所以西醫基層比較容易凝聚的是一個同仇敵愾的，對外是一個反總額的氣氛，而更難去形成一個改革的力量。(受訪者 H)

要不要自己辦醫院總額，這個要不要辦主要是看辦的條件。那目前辦這個總額他只是給你審查權而且只有 50%，所以老實說你不是真正的辦只是參與一部分而已。第二，健保局給你的資訊都慢了半拍，所以有時候你接來辦就會有困難。第三，就是錢不是很充裕，大概是打平而已，現在醫院總額大總額大餅大概 65%，2600 億，利潤很薄，主要就是現在醫院的做法就是如果各區各區管理的好還勉強可以 survive，我說各區管理就是不要浪費，不要使點值過份的稀釋。那幾

乎我們用的方式就不要超過就是自我斷頭，控制自己醫院不要超過就自我斷頭，維持整個區域一點維持在 0.95 左右這樣就勉強還可以辦下去。(受訪者 I)

## 第六節 其他與總額間接相關之討論

### 一、支付制度

我們想作 DRG，本來有弄個時間表，但我們這邊沒有積極去推但也沒有抵制，且醫院協會有不同的意見，各層級統統反對，我們這邊也樂得是這樣。DRG 有一種可以用的地方，目前住院有一些科別，像小兒住院除了有小兒 CV 不錯以外，其他科都不是很好。結果小兒科作住院的都養不活醫生，他就出去開業，所以很多醫院無法養活四個小兒科醫師，小兒科急診就開不出來，所以很多縣市晚上看不到小兒科。小兒科至少要有四個醫生，四天職班一天，因為急診可以照顧，但小於兩歲以下急診科都不願意看，因為他出事時沒有小兒科證照會有醫療糾紛，用 DRG 時把 18 歲以下或小兒特有的加 50%，那個比較容易作。但是我們沒有這樣的想法。就像我們剖腹產灑了一堆錢真是浪費，因為剖腹產率沒有下降，就把自然產付的跟剖腹產一樣。十七億就浪費了，現在要收回來就很困難。婦產科現在情況很差，接生太少，所以哀鴻遍野，我們總是說沒影響，醫界也有共識。所以 DRG



拿來作一個工具是有用的，而不要為了 DRG 而 DRG。(受訪者 A)

總額之下支付基準是否還搭著論量計酬，若要改成case payment，我最近review DRG之後的文章，其實DRG帶動了PAC的蓬勃發展，包含nursing home，復健部，或平均住院日30天以上long term care hospital，還有home health care。我們如果真的用DRG弄，那麼配套如果沒有，最後也是很慘。所以要作要慎重。(受訪者B)

那個 DRG 我想你也清楚 DRG 跟總額是不相容的東西，你實施總額就不應該再實施 DRG，就像德國那樣，總額就給你，我就給你這些讓你自己去處理。你就不應該又再管這管那的，這就奇怪了，要實施 DRG 你就不實施總額，可是現在看起來好像兩者都要實施，你實施 DRG 一個後遺症就是 upcoding 和 patient dumping 那種重病弄到醫學中心去，那醫學中心就累了。(受訪者 I)

最近大家在討論 DRG，從我 73 年回國，老師 76 年就在作，我每次都在講你看，藍老師的時代就在講 DRG，我們如果 phase in，三到五年就可以作得到，已經講了十幾年了，這實在是...，我們只是繼續老師的工作，可是到現在我們會覺得是說，醫界有時候反對也不是百分之百的反對，只是一拖再拖。(受訪者 H)

健保局後來自己去訂了分局管理，那 ABC 分局管理其實有點像個別醫院總額，原先如果照我們的想法，總額底下不管論量或是論病

例，這個部分他都是 activity based，他必須要有服務，然後才有收入，不會有推病人的問題，當然他會有一些 dumping，我會覺得那是比較 minor，但基本上不會說這個病人我不要，結果現在這個狀況反而，醫院就是偷偷的，就已經開始在犧牲病人了，這個問題很嚴重，他不只在表面上犧牲病人，造成差額增加，另外一個問題是說，你接下來任何的改革，幾乎都沒有任何人會贊成。...接下來你不要說 DRG，任何改革都是推不動的。(受訪者 H)

之前我聽到就是他們(德國)因為要推，所以住院的部份要取消。那我覺得是合理啦，問題是照其他國家的經驗其實如果他要把總額拿掉，那很快還是會面臨到量的問題。所以我可以預期是說他們實施一陣子還是不得不去設不管是 target 還是 cap，我覺得會有面臨這個需要。至於要用 target 或是 cap，我覺得那是另外一種考量。只是說某種程度上，它必須要作一些規範，可能是有必要這樣。我觀察德國的經驗發現他們其實是一下轉這，一下轉那，他們其實轉變非常快，他們其實立法很快修正也很快。(受訪者 H)

## 二、長期照護保險(LTCI)

如果把長期照護加進來，他們會很喜歡如果我老了，像日本有個介護保險。阻力在於有些人不作機構性照護而是社區性照護 (community-based)。現在會負擔不起或搞不清楚要幹麻。如果要作機

構性照護，總共只要加 15%就行了。(受訪者 A)

公立醫院轉形是有空間，因為你把\*\*署立醫院關掉，對民眾一點影響也沒有，它住院的市場佔有率只有 2%，所以你關掉這 2%很容易調整，但是你就是要有辦法把醫生趕走，留下行政人員和護士，拿公務預算給他作 nursing care，因為政府有補貼一點，每月跟病人收的錢說不定就 15000~20000 元，那可能民眾負擔的起，不然的話如果說要真的還本，可能要 45000~60000 元，家屬負擔不起，這是整個 delivery system 要去思考說，哪些地方的公立醫院關掉對民眾沒影響，你把他改成護理之家讓護士出來作院長，公務預算也有一定的合法性。(受訪者 A)

那一部分(LTCI)是需要去釐清，但是要怎麼切割，我覺得說也大概好像沒有很清楚的討論。畢竟切割是切不清楚，像我想日本德國其實都一樣他最後一定都是同樣的問題，所以將來如果在規劃長期照護保險，這一塊其實是一個非常重要的議題。我會覺得是說如果說他是在同一個單位的運作，比如說是在健保局，我覺得可能比較容易，就把它當成是說我有兩個口袋的錢，所以長照應該是說我就是另外收一筆錢，那幫助我財務上比較容易穩健，雖然不一定，但是如果要把他切開成不同單位管，或者非常決然的獨立，我覺得是不太可能的。(受訪者 H)

## 第五章 研究限制

有關本研究之研究限制，大抵與原研究設計有關。國外專家學者聯絡請教的部分，較不能符合我們原先預期的效果，主要的原因有三：

(一)回覆率較低：要回答此問卷必須對各該國家之醫療總額預算有相當程度的瞭解，也必須有足夠的時間、心力及意願，以致於有不少國外專家學者謙辭婉拒或沒有回應。

(二)大部分的國外受訪者由於不瞭解台灣實施健保總額預算之建構、分配和實務操作，再加上多種政治文化上的差異。例如多數先進國家其實並不那麼強調總額預算制度，或是國外的總額多為個別醫院總額，並無我國目前實施較嚴格的四大總額預算分配，因此不敢貿然提出建議。

(三)由於各國有關總額預算制度的單獨文獻並不多，大多是夾雜在「醫療體制改革」(Health System Reform)中。而且最新的醫療體制改革方案、官方報告或各相關團體意見皆以原文撰寫，僅有少數國家之文獻有英文版本，且法令規章繁複，動輒數百頁(例如德國 2006 年 10 月 11 日的法案)，在有限的研究經費下，僅能針對較重要的文獻進行翻譯工作。

## 第六章 結論與建議

綜合本研究在國外及本國之健保或醫療總額預算制度，於公元兩千年至今最新發展探討，並結合先進國家專家學者之意見和所提供之最新資料，以及我國專家學者及相關利害關係者代表之意見，謹整理最主要發現如下：

- 一、世界各國普遍性地顯示醫療費用支出仍持續上漲，而且成長到多數的先進國家都難以承受財務和政治負荷與壓力，並積極重新思考的多面向的並積極重新思考新的多面向的醫療體制改革期能永續經營，台灣的情況及發展亦復如此。
- 二、所謂「總額預算」(Global Budget)制度，在世界各國似乎未如國內如此這般受到很大的重視，它的重要性相較於我國，由國外專家學者反應來看，不是那麼常被強調和討論。尤其是我國的健保總額預算制度幾乎是國際上相當獨特的設計和分配方式，我們是非常嚴格的由上而下的預算分配(budget allocation)，而且預算是支出上限制(expenditure cap)；其他國家作總額預算時，特別是醫院總額部分，比較是屬於支出目標制(expenditure target)，而不是支出上限制。
- 三、先進國家在討論和進行醫療體制改革時，通常都不只是單獨考量財務，也大都同時考量到醫療的服務面或服務輸送體系

(delivery)。此外，德國、加拿大和日本，在討論健康保險體制改革時，他們都常和長期照護財務和服務一起考量。在德國、日本都有長期照護保險，加拿大現在各省的相關主管部門也常稱作”health and long term care”。這是由於「人口快速老化」(rapid aging)在先進國家都是很重大的課題，它所帶來的長期醫療和長期照護財務和服務兩方面，均是非常迫切的需求、負荷和社經政治的壓力。

四、在財務機制(financial mechanism)的設計和改革方向及策略上，當前各先進國家似有從「量出為入」(pat-as-you-go)的傳統作法漸漸改變為「量入為出」(go-as-you-pay)的改革方向。即使是北歐傳統上以「福利國家」(welfare state)理念來提供全民醫療，造福全民健康福祉的制度，或英國的公醫制度，或德國、荷蘭的健康保險制度，均有類似的發展趨勢。雖然「需求面」改革仍然具主導地位，但有更多的「供給面」改革的討論和改革建議。

五、從北歐到英國到德國到荷蘭，乃至於加拿大，基本上都慢慢排除由中央集權(centralization)來控制醫療支出預算，在資料上幾乎找不到大總額(grand budget)的概念。其實他們現在或多或少，從福利國家北歐開始，都有相當程度採用競爭策略(competitive strategies)在新制度裡面。「去中心化」(decentralization)和「民營

化」(privatization)是兩種基本的作法。譬如從中央下放到省、郡縣或是地方政府。有些國家或地方亦鼓勵私立的機構，包括保險人也開放給私部門來執行，所以保險人之間也有競爭。有很多國家的醫院，像加拿大醫院本來幾乎全面屬於公部門，現在也開放給較多的私部門醫院，醫院市場開放給私部門加入競爭。

六、先進國家也愈來愈重視和強調公共衛生的角色(the role of public health)，在本研究發現公共衛生的角色在新的醫療體制改革中更常被提起，尤其是在健康不均等的議題討論。先進國家現在愈來愈強調在健保中納入許多「預防性的服務」(preventive health services)，包括健康促進和疾病預防在內。所以以往我們所認知的在德國叫作「疾病基金」(sickness fund)，其概念顧名思義來看，你有病疾病基金盡力提供你醫療服務，近年來則不是這樣，現在是鼓勵他的被保險人平常就要盡量作健康促進，要去注意疾病預防，所以健保當局和保險人也願意花錢在這上面，因此預防性健康服務也漸漸加入，健保原有的「治療性」或「恢復性」服務(curative or restorative services)，成為健保給付的項目(benefit package)。

七、另有一個觀念上的改變，也慢慢在先進國家醫療體制改革中呈現。以全體人口的健康狀態指標來衡量醫療服務的影響或效應只

是一部分。譬如說，健康保險服務對國民健康的效用(utility)，如平均餘命，品質調整人年(quality-adjusted life year, QALY)的增加，乃至於每增加一個 QALY 需花費的醫療保健支出多少錢等，這些投入產出概念或醫療經濟評估的演算(economic evaluation algorithm)均在影響醫療體制改革。「全國健康明細帳」(national health account)，含總額預算「量出為入」或「量入為出」的考量。從我們所接觸的先進國家的專家學者得知，他們目前的健康體制改革或未來的健康部門改革運作，在作決定的時候常與其他的相關部門協調或合作，除財政主計部門外，他們亦常會與農業部門或食品營養主管部門，原因是要節省可預防或可改善的健康問題。疾病的醫療費用支出常與不合乎健康原則的不良生活方式或具健康風險的環境因子有關。這個觀念很新，我們到現在都認為健保的體制改革只有衛生主管機關的事情，其他的部會常只有財政部主計處在財務負擔上有關。我們健保極少和中央政府相關部會，乃至地方政府協調或合作，這類新的觀念，也值得我們參考學習。

八、此外，先進國家在新健保改革中被提及的有較多有關個人與社會責任分際之重新思考。譬如社會和國家在醫療財務機制規範及執行，在醫療服務供給與輸送，在醫療可近性及品質的加強與監



測，在病患權益保障等，理應負最大責任並提供最好的社會安全  
信靠。但是個人也應知道資源有限及財源有限，健康時應更重視  
疾病預防，篩檢或健康促進，有健康風險時，應更注意自我照護  
(self-care)，宜多有互助自助(含社區健康計畫)後，再尋求保險互  
助或社會救助(他助)的觀念和行動。多數先進國家的保險費和部  
分負擔有漸趨加重的現象，在新醫療科技和藥品等之引進給付項  
目，常需較嚴格的醫療科技評估過程，例如英國的 National  
Institute for Health and Clinical Excellence 即是。如何兼顧個人成  
本和社會成本(individual and social costs)以及個人效益和社會效  
益(individual and social benefits)，實是健保改革的關鍵課題  
(critical issue)。有系統的，並且持續的評估醫療體系之公平效率  
效果和品質應是個人與社會間之成本與效益均衡考量之主要方  
法和政策考量依據。

有關醫療體制改革和費用管控的策略，總額預算僅是費用管控策  
略之一。醫療體制改革方向通常重視六大課題：第一個是成本效益，  
第二個是品質保證和提升，第三個是促進競爭，第四個是健康均等，  
尤其是貧富間及城鄉間之可近性，第五個是分權管理，第六是要因應  
人口老化問題。目前我國其中除第四項在國內評價較優外，其餘五個  
項目和先進國家一樣，亦是我們仍應繼續重視和努力的課題。

讓我們就常見總體經濟限制和個體經濟控制的策略架構對比一下，再來對照我國健保總額預算制度之功能及可能的極限：(1)調控對競爭，(2)價格對數量，(3)預算對利用，(4)財務機制對服務輸送，(5)成本或費用對品質，和(6)需求面對供給面。嚴格講我們目前實施的總額預算制度，是採第三項策略，但事實上預算支出等於價格乘以數量( $E=P*Q$ )，所以我們不是只作單獨價格控制，也不是只有單獨作數量控制，而是試圖把價格和數量同時加以控制。那麼再談回來調控對競爭的部分，其實台灣的全民健保是非常社會化的保險，或非常社會化的醫療，較為接近歐州的系統。歐州的系統從德國始創的社會保險，到英國的公醫制度，到北歐的福利國家，以至於綜合性的社會化健康保障體制。法國和荷蘭的社會化醫療，均為全民的、法定的、強調社會團結的。因為荷蘭和德國走的路蠻近的，而且荷蘭很另人驚訝的是他的改革常常走在德國前面，或許是因為荷蘭的人口比較少一點，思想較開放活潑，且其勇於創新改革的緣故。

所謂的改革有兩大層次，第一個層次即所謂的多元微調，或是小幅度的改變，通常是所謂「管理上的改革」(managerial reform)，目前我國健保制度大抵是採多元微調。多元微調可以對問題有緩和或減緩的功用，但是通常無法解決更基本的問題癥結。二代健保規劃似仍較以管理上的改革為主，基本上仍以增加保費收入，或加強費用控制

等。第二個層次則需結構性的改革(structural reform)，亦即在醫療或健康保障的理念以及財務和服務結構面有根本的變革，例如個人和社會責任分擔，公私部門在財務組合和服務組合(public-private mix)，給付項目和支付制度的重大變革等，上述在歐美國先進國家近二十多年來來的地方分權和民營化變革即屬此類。

目前先進國家醫療保障改革新的機制，更包括了費用和價格控制，並不只是考慮到錢而已，更重視醫療品質和病患安全，如「論質計酬」(pay for performance, p4p)和重視病患權利和安全。重視貧富間，城鄉間和機構間之醫療品質差異(quality chasm)。其次是健保經費之分配，是否能更把前花在刀口上，先進國家比以前更重視健保費用支出佔 GDP 的比例，與全國人民的綜合性健康指標(aggregate population health indices)間的關係，譬如重新檢討那些醫療或健康服務，更能提升整體人口的健康水平，以「品質調整人年」(QALY)、「失能調整人年」(DALY)、「健康活力平均餘命」(HALE)等，重新檢視服務結構和費用結構間的效率、效果和效用。

總額預算其實仍是屬於一種調控機制，把價格和數量一起控制，讓財務支出面控制發揮到極致。先進國家多年來的作法，仍以加拿大真正採行的「醫院年度總額」(lump sum annual hospital budget)，本研究最近請教他們，他們還是在說明這一作法，所以基本上醫院總額才

是其總額的重點。可是加拿大的制度我們一定要瞭解，大英國協(the Commonwealth)英國制度國家的醫療及醫療保障制度深受影響，亦即英國及其以前的殖民地，他們的醫院大部分屬公部門，反而是基層醫療大部分屬私部門。因為醫院常屬於公部門，所以用預算去控制是很方便自然的事，就像我們的公立醫院，或財團法人醫院均是。基本上每一家醫院，本來每年都要提預算決算，所以用個別醫院總額預算來作費用調控，不僅順理成章，亦較能達成抑制費用成長效果。

第二種典型的總額預算調控，則以德國的地理別總額為代表。德國原有許多的地區性的疾病基金會，本研究進行期間一直密切注意其最新大改革的動向，新任女總理上臺後其實到現在還沒有確定其整體作法，但也有擬出改革方向重點和基本的改革策略。德國的總額預算原來的重點是「地區性醫師支出上限」，他們有較具體的與醫事團體的協商。我國的醫療費用協定委員會原本設立的目的及任務應是採德國模式。反而是加拿大的協商，以最近本研究的瞭解，並不是那麼明顯，因為他們的改革已經把很多的權力放到省。

至於競爭策略來控制費用，首先常是把購買醫療這件事，將較大責任回歸給個人。其實調控管控是大政府的概念，一定要有公信力，公權力，並由政府來出面；可是競爭是把一部分的權責回歸給個人要買保險買醫療的時候，民眾要負較大的責任。可是制度設計上也通常

會有多重選擇給被保險人。但這個策略的責任義務和權利間的平衡也是蠻微妙的，尤其對一般的被保險人來講。為什麼？因為他們會想到我用多少錢去買，買的東西好不好，其中牽涉到兩個基本議題。一個是保多少才夠(how much is enough)？保險費要付多少？我得到的給付有多少？另一個是從醫療供給者的角度來看，因為競爭，所以有些供給者會退出市場，有些醫療供給者則可能存活。我們健保十一年醫院就從八百多家減到五百多家，其他不是轉型，就是關門。

且讓我們以經濟學的觀點來探討，有所謂的「看得見的手」和「看不見的手」的概念，「看不見的手」基本上就是市場機制，「看得見的手」就是我們的調控和規畫評估。我們在整理本研究所獲得的新資料時，覺得很有趣的我國健保採用的策略，基本上是兼採調控與競爭的混合策略。

1990 年代初期，當柯林頓尚未當上總統之前，他們就有一個團隊的人作智庫，有學者幕後在推動，就是柯林頓的 Health Care Plan。美國雖是 OECD 主要國家中唯一沒有 national health insurance or plan 的國家，他們就是把兩種策略融合起來，稱為 managed competition under a global spending limit。其實我國的作法也是這樣，只是沒有明講是 managed competition，目前醫療院所生態與行為已有極大變化，適者生存不適者淘汰，好像進化論「優勝劣敗」的感覺。上面有一個

總額預算，底下還是歡迎醫療市場去競爭。

加拿大和德國，這兩個國家基本上也採總額預算制，惟其最重要的特性是將預算直接應用到醫療供給者(provider entities)，亦即是 financing defined budgeting。而柯林頓的計畫則是企圖將個別的健康計畫，例如，HMO, PPO, IPA 等，在考量各類不同的雇主和受雇者保費負擔方式，強調他們的 premium levels 受到規範控制，它亦稱作 premium-regulation financing，或是保費調控的財務機制。所以柯林頓的計畫是結合了調控和競爭的雙重手段所作出來的，裡面包含的有類似總額預算的概念，但他們叫作 spending limit，就是醫療花費有上限，但不像我國總額規範的嚴格。

從這裡來看我國可能較忽略了供給者數量及服務量(provider capacity)，我國健保常很重視財務，太重視總額預算，但忽略總額預算制之成功，應有明確的醫療服務供給量之調控來作配套(explicit public regulation of provider capacity as a complement to global budget)。國際上採用總額預算制度的國家，多數有一個很明顯的公部門調控醫療供給者數量；換句話說，醫療供給者是一定要有控制配套，才能使總額預算的運作合理化。理由很簡單，總額預算的大餅，其成長速度若小於醫師數、病床數、高科技昂貴儀器設備數的成長速度，則醫療供給者所能分配到的預算，將愈分愈少，不僅影響醫療行

為和士氣，甚至可能影響醫療品質。所以先進國家政府通常有調控醫療供給者上限。醫院的病床常是嚴格控制的，新科技的引進和擴散也是，其他資本的投入也是受到一些監測和控制的，還有甚至新的醫師進入市場，也受到嚴格的控制。本研究發現有採總額預算制度的國家，多有相對應的供給者數量或服務容量的控制配套，尤其是歐洲和加拿大。英國的 NICE，美國以往的 CON(conflict-of-need)，乃至北歐，西歐和加拿大的 HTA(health technology assessment)等組織和作法，值得我們總額預算制度的改善參考。

總之，總額預算有其優點，但也有不少的批評。先講其常被指稱的優點，因為它築起了一道醫療支出的堅硬的牆，保險人只要付給牆的範圍以內的最大可能的綜合服務量的費用，所以它比論量計酬更容易控制醫療費用。可是批評者的主要意見是：任何預算決定的過程，本身就一定會有政治的本質在裡面；在提升醫療服務品質和重視病人權益的誘因，常受質疑；還有一個更嚴重的，是決定「預算」的總的大總額和個別部內的總額(the setting of specific budgetary allotments)常有「價格誤差」(price error)等技術性問題，譬如講某個總額是多少，本研究發現其他部門會認為有些部內總額分得太多了。當初或因為要試辦總額所以給誘因，但四大總額均開辦後，不同的四大總額間的結構，在計算與調整上似也有先進國家的相同技術困難。這個技術上的

問題，在先進國家也受到批評，其實是在分配醫療總額預算的時候，因為醫療部門那麼廣泛，那麼複雜，疾病有輕重緩急，有的有不可替代性，但也有可替代性的，要怎麼分才作能達到真正的公平和效率的原則？目前並無有效的答案。

所有的改革或可以歸納如下，先看 minor adjustment 這個部分，就是我們的微調。也有可能要作 major changes，我們是要漸近式改革還是要革命式改革？好的我們會繼續作下去，壞的就把他停掉。結構性改革常要跟管理面改革一起，這稱為部門的統整改革，前面有提到先進國家甚至有跨部門的改革。改革常需有前置作業如試辦或實驗，也常需有配套，或要協調相關部會，大家步調一致，這樣改革才會成功。我國健保改革或可在署內的健康保險、國民健康、疾病管制，乃至於醫政、藥政和護理照護等之齊一步調；在署外，則如在長期照護部分，需與內政部、退輔會等多協調合作，這僅是部分例子而已。

最後，本研究主要建議如次。首先是需求面的改革(demand-side reform)，除了傳統對個別的病人管理(individual patient-based demand)以外，更重視整體人口的健康(aggregate population-based demand)，是否因健康保障而有較大的進步和提升。同時，也更重視和強調「健康不均等」問題的改善，先進國家把兒童、老人、原住民、勞工、身心障礙者等，特別注意健康保障對他們的效用，這些觀念和作法的改善



值得我們學習。

供給面的改革(supply-oriented reform)我們應該多付出心力，首先我國制度上一直沒有「守門者」(gatekeeping)。加拿大的制度由於有成功的基層醫師(primary care physician)作為 gatekeeper，所以其服務輸送體系基本上為門診和醫院兩個層級，在醫院總額上就很清楚。我國的制度，雖然醫療分級有醫院評鑑來界分，但雙向轉診一直無法落實，乃至於基層西醫總額和醫院總額間，均有大量門診利用和費用，在實施上不易切割開門診和住院，在與國外專家學者討論時，也常讓他們不易瞭解和困惑，或是我們在進行醫療體制結構面改革時，應多思考如何改善。

先進國家在總額預算下，仍常有對民眾選擇醫療提供者的限制(limited choice of providers)，病人無法有普遍的逛醫院或逛醫師行為，另外也常有契約的選擇問題(selective contracting)。這種行為要不要開始考量，要不要設限？我們現在是由健保全權處理簽特約醫療院所，目前我國被保險人比較沒有這部分問題。可是，回想起健保規劃之初及開辦時，對於應否給予民眾限制或選擇給付範圍時，曾有過「保大不保小」的辯證，可是從現實邏輯來看，我們民眾其實沒有太多選擇，今天健保是強制性社會保險，無法不繳保費也不能拒保，所以實在是沒有什麼彈性讓民眾做選擇。只有改成多元保險人才有可能

如先進國家的選擇機會。

第三個是對供給者提供財務上的誘因(financial incentives for providers)。但是從文獻上來看許多先進國家是醫療供給者提供有品質的服務，有較多的財務誘因。近年來美國較受重視的「論質計酬」即是此類改革的代表，惟其基本上還是從歐洲社會保險的國家，Bismarck Model 或 Beveridge Model 先開始的。除以上供給面改革措施外，還有「醫師診治行為檔」(physician profiling)、「利用審查」(utilization review)和「組織文化」(organization culture)等之改革措施。

台灣全民健保制度實施十一年來，依據 OECD 或 WHO 在評比各國健康照護體系常用的指標來看，我國最大的成就首推健保財務機的公平性(funding system equitably)。可是我們全民健保仍有下列幾項重要的、值得改進之處。首先是 confronting resource scarcity。依據衛生署資料我國目前醫療保健支出佔 GDP 比例約為 6.4%，若以 OECD 各國資料來看，我國或有必要漸進地，有說服力，和有步驟的把它提升到 8%。支持的論點和依據是，從 OECD 實施全民健康保障的先進國家來看，其醫療保健支出佔 GDP 比例幾乎均超過 8%。一方面是各該國均將健康視為政府在為民謀求福祇的首要工作之一；另一方面，各國經驗顯示，其健康保障制度為因應快速老化的人口健康要求，為提

供最新醫療知識和科技發展在醫療服務，為滿足民眾對健康更高之品質和期望，更期能使全民健康保障制度永續經營等理由所致。總額預算制度的先進國家來看，8%似乎是最起碼的。所以我們應該把這塊餅加大，以期使健保要永續經營。

其次是被保險人部分負擔(cost sharing)，亦可作新的思考。先進國家不論是有無總額預算，均有病患之部分負擔。我國制度目前以就醫時之醫療院所層級作為部分負擔計算基礎，另外掛號費和差額負擔(balance billing)亦常與醫療院所層級別有關。先進國家的部分負擔則較多以初診(first contact)，轉診(referral)和藥物(pharmaceutical)為主來作區分。藥需不需要成為一個總額可能見仁見智，我們的受訪者中也有不少反對。目前我國健保約有四分之一費用是在藥物利用上，這個比率和先進國家比較是否適當，尚須視醫療制度和醫病雙方行為而定。譬如，醫藥分業是否落實，民眾是否接受拿了處方箋再到藥房拿藥？健保是否要實施 DRG？若是，則藥物利用和費用以美國經驗來看，現應會再下降，因此，我國被保險人在醫療時的部分負擔，似仍可再作通盤的檢討和重新思考。

健保政策介入的另一很重要的部分，可能也是我國總額預算制度最關鍵的部分，即是有效的資源配置(allocating resource effectively)。簡單的說就是有沒有把錢花在刀口上。我國截至目前為止，基本上還

是用「歷史支出」及加成的方法來進行總額預算配置。惟先進國家有愈來愈多兼採服務組合或病例組合調整(adjustment for activity and case-mix)的作法。學理上，我們知道醫療院所提供的服務，會因其醫師專長、病人傷病結構、醫院病床結構、市場競合情況，乃至歷史發展而有不同，加上醫療院所層級別和地理別之差異，而有所不同，因此在資源配置上就有調整機制的設計。至於「風險調整」在我國總額預算公式上，目前仍以人口高齡化為主要調整考量，先進國家對疾病「嚴重度」(severity)以及所帶來的「服務強度」(service intensity)的考量已有的作法，仍值得我們重視和列入考量。

我國的醫療服務品質計畫仍有許多可再加強的地方。到目前為止，在可近、費用、品質和病人權益四大課題之中，費用仍舊是關注的焦點，而品質常是講得多作得少。但醫療品質其實是很關鍵的一環。例如從美國 IOM 的 Quality Chasm 系列報告或英國 NICE 的系列評估及臨床作業指引看來，我們就知道英、美等國一年有多少人是因為誤診而受到傷害或生命的損失，或花了不必要花的錢。他們有具體的作法來改善，這一點我國宜向先進國家學習。在推動總額預算時，我國健保亦應有尋求較高品質但較低費用(higher quality care at lower cost)的醫療觀念和具體作法及配套。

政府介入的第三個部分常是企圖使醫療服務提供更有效率，這部

分常包括發展品質照顧計畫(quality-of-care programs)，加強基層醫療服務能量(enhancing the capacities of primary care)，重整醫院組織(restructuring the internal and external organization of hospitals)，乃至於盡量減少加強性照護服務(using less intensive forms of care)。

有關於基層醫療服務能量，還有再擴大的空間。我國醫療輸送系統在資源投入和醫療費用上，有日益傾向倒三角形醫療體制的趨勢，以後如果沒有具體方法加強和提升基層醫療的品質與角色，鼓勵民眾多利用基層醫療，則以後民眾可能不論輕症或重症都習慣性往醫院跑，尤其是學理上宜在基層診治即可康復的多數疾病，更不應鼓勵往大醫院尋求醫療。相信健全和良好的醫療體制，仍以有一個正常的金字塔型建構為宜，才可避免過度利用和濫用(over-use and abuse)醫療資源。同理，如何重整醫院內外部組織，以及減少不必要的加強性照顧等，亦均屬總額預算更合理成功的保證。

茲總結本研究的發現並建議。健康保障體制的改革若只是靠財務，只是靠總額預算抑制是不夠的，一定要輔以良好的資源配置和完善的輸送體系(allocation provision)。政府必須更關注資源配置(resource allocation)和優先順序(priority setting)的訂定。既然要分配總額，我們還是應該有優先順序，把錢花在刀口上，花在最能有成本效用(cost-utility)或可使「效用極大化」。

在某些情況下，某些醫療服務也可如先進國家採用「配給」的概念和作法(In certain cases, even to consider the practice of rationing)。醫療上，或可大略分成必要的基本醫療(essential and basic care)，重大傷病的醫療(major and catastrophic care)，以及介於其間的醫療。我國健保醫療是非常非常的綜合性醫療(comprehensiveness)。即使先進國家的健康保障，也都有很多的限制，尤其是資源和財務方面，若無法因應所有的需求和期望時，「配給」(rationing)就可能是必要的。此時，未能完全滿足的需求和期望，在配給之外，則常回歸由民眾自付或社會救助。

為使總額預算制度順利運作和成功，適切的資源配置和優先順序訂定是為關鍵。爾後，政府有關部門仍需建立標準(setting standards)，以及監測並評估總額預算實施的績效(monitors and evaluating performance)，尤其是不僅關注服務面的效應，醫療服務輸送體系內的垂直面和水平面的醫療生態和專業數量上消長，在地理別間，醫療層級間，專科別間，在醫療和長期照護間等等，均值得作更深入的瞭解和探討，本研究衷心期盼總額預算不僅被視為財務控制的終極手段，它是需要多方面配套的，也需同時考量它對服務輸送體系的效應。它是需要更宏觀更前瞻的思考和調整。本報告建議總額預算的成效延伸與困境消除，除總額預算本身結構面更細膩的調整外，實有賴

於整個健保體制更精緻的結構面改革。

## 參考文獻

### 中文部分

- 1.賴秋伶，周麗芳(2006)。台灣全民健康保險財務制度之發展與挑戰。
- 2.熊心如（2005）。全民健保總額支付制度與醫病關係之影響——某醫學中心之個案研究。
- 3.楊志良(2004)。「醫院總額深陷泥沼，錯誤施政全民買單」國政分析 094-003 號。
- 4.林雨靜(2001)。全民健保支付制度的改革-總額預算。國政分析社會(析)090-004 號。
- 5.盧瑞芬、謝啟瑞(2000)。醫療經濟學。台北市：學富文化。
- 6.吳明彥(2000)。德國總額預算考察報告演講摘要。台灣醫院協會。
- 7.全民健保費用協定委員會(1999)。荷蘭總額預算醫療費用協定制度研討會資料彙編。
- 8.江東亮(1998)。全民健保三歲感言——體制改革是為了走更遠的路。全民健保，12。



## 英文部分

1. [Ya-Seng A. Hsueh](#), [Shoou-Yih D. Lee](#), [Yu-Tung A.\(2004\)](#) “Effects of global budgeting on the distribution of dentists and use of dental care in Taiwan”. *Health Serv Res.* Dec;39(6 Pt 2):2135-53.
2. Busse R.( 2000) “Health Care Systems in Transition: Germany”. In: Dixon A, editor. *Health Care Systems in Transition* .Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
3. Schwermann T, Greiner W, Schulenburg J (2003)“Using disease management and market reforms to address the adverse economic effects of drug budgets and price and reimbursement regulations in Germany”. *Value Health.* Jul-Aug;6 Suppl 1:S20-30.
4. Ulrich, V., and E. Wille.(1996). "Healthcare Reform and Expenditure on Drugs: The German Situation." *Pharmacoeconomics*, 10 (2, supplement): 81-8.
5. Tuffs, T. (1999) “German doctors are unhappy about drugs budget” *British Medical Journal.* 1999 August 28; 319(7209): 536.
6. Leonard, K. J., M. S. Rauner, M. Schaffhauser-Linzatti, and R. Yap. (2003). "The Effect of Funding Policy on Day of Week Admissions and Discharges in Hospitals: The Cases of Austria and Canada." *Health Policy* 63 (3): 239-57.
7. Australian Privacy Foundation (2005).“Review of Medicare and PBS Guidelines issued under s. 135AAof the National Health Insurance Act 1953”. Australian Privacy Foundation Inc Submission Paper.
8. Magarry, A. (1999) “Medicare and the new Australian Health Care Agreements: What can Australian expect over the next five years?” *CASEMIX Quarterly*, 1(1).
9. Wilton P. and Smith R.(1997)“GP Budget Holding for Australia: Panacea or Poison?” The Centre for Health Program Evaluation

(CHPE) Working Paper.

10. Blomqvist, Å (2001) "International Health Care Models: Sweden." In Canada, Parliament, Senate, Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology, Study on the State of the Health Care System in Canada, *The Health of Canadians: The Federal Role*. Vol. 3, Health Care Systems in Other Countries, appendix A. Michael J. Kirby chaired the committee.
11. "Health Insurance Reforms in the Netherlands" *Euro Observer*. Volume 7, Number 2.
12. "Netherlands approves introduction of competition into health service" (2005) *British Medical Journal*.
13. "The Health Care System in Sweden" (2006) Swedish Institute.
14. Country Report-Germany (2006). Interessengemeinschaft Kunststoff e.V.
15. Health Council of Canada (2006). Health Care Renewal in Canada: Clearing the Road to Quality. Web site:  
<http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2006/ExecSumEnglish2006.pdf#search='health%20care%20renewal'>
16. International Reform Monitor (2006). Social Policy, Labour Market Policy and Industrial Relations.
17. Health Council of Canada (2005). Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change. Web site:  
[http://hcccs.com/report/Annual\\_Report/report\\_index.html](http://hcccs.com/report/Annual_Report/report_index.html)
18. Renewing medicare facing the challenge. June 2001. Web site:  
[http://www.accp.ca/publications/doc/health\\_reform\\_en.pdf](http://www.accp.ca/publications/doc/health_reform_en.pdf)
19. Dr. Alan Thomson, British Columbia Ministry of Health. Web site:  
<http://www.dryahoo.org.tw/%A6%B8%BA%F4%AD%B6/%BC%F6%A>

[A%F9%B8%DC%C3D/14.%C1%60%C3B%B9w%BA%E2%A8%EE%A6%E6%A4%A3%A6%E6%B1o%B3q/%A5%5B%AE%B3%A4j%C1%60%C3B%B9w%BA%E2.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_News_Release.pdf)

20. Commission on the Future of Health Care in Canada (2002). Romanow Report Proposes Sweeping Changes to Medicare. Web site:

[http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC\\_News\\_Release.p  
df](http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_News_Release.pdf)

21. Department of Health, (2001). Shifting the Balance of Power within the NHS. Web site:

<http://www.cripplegate.com/shiftingthebalance.pdf#search='%27Shifting%20the%20\>

22. Quality and Outcomes Framework Guidance, DH, August 2004. Web site:

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/86/93/04088693.pdf>

23. Ministry of Health, Welfare and Sport (2006). The new care system in the Netherlands—durability, solidarity, choice, quality, efficiency. Web site:

[http://www.minvws.nl/images/boekje-zorgstelsel--engels\\_tcm20-107938.  
pdf](http://www.minvws.nl/images/boekje-zorgstelsel--engels_tcm20-107938.pdf)

24. Ministry of Health, Welfare and Sport, (2006) Healthcare Reforms in the Netherlands: a model for Germany? Web site:

[http://www.minvws.nl/en/speeches/staf/2006/healthcare-reforms-in-the-n  
etherlands-a-model-for-germany.asp](http://www.minvws.nl/en/speeches/staf/2006/healthcare-reforms-in-the-netherlands-a-model-for-germany.asp)

25. Health Insurance Reforms in the Netherlands, *Euro Observer*, Volume 7, Number 2, (2006).

26. Netherlands approves introduction of competition into health service,

*British Medical Journal*, (2005).

27.Swedish Institute(2003). The Health Care System in Sweden. Web site:

[http://www.sweden.se/upload/Sweden\\_se/english/factsheets/SI/SI\\_FS76y\\_Health\\_Care\\_System\\_in\\_Sweden/FS76y.pdf](http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/english/factsheets/SI/SI_FS76y_Health_Care_System_in_Sweden/FS76y.pdf)

28.Anders Anell(2005), Swedish Healthcare under Pressure. *Health Economics* 14:S237-S254.

29.Michael A Reid (2002). Reform of the Australian Health Care Agreements: progress or political ploy? *MJA*, 177 (6): 310-312. Web site: [http://www.mja.com.au/public/issues/177\\_06\\_160902/rei10464\\_fm.html#elementId-1068203](http://www.mja.com.au/public/issues/177_06_160902/rei10464_fm.html#elementId-1068203)

30.Queensland Government(2006) Facing the Future--Opportunities for a Better Deal. Web site: [http://www.health.qld.gov.au/publications/aust\\_hlth\\_care\\_agreement/Facing\\_the\\_Future\\_AHCA.pdf](http://www.health.qld.gov.au/publications/aust_hlth_care_agreement/Facing_the_Future_AHCA.pdf)

31.U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration U.S. Census Bureau(2005). Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States.

32.Covering health issues(2006). Alliance for health reform. Web site: <http://www.allhealth.org/sourcebook2006/toc.asp>

## 附錄

### 附錄一、聯絡國外學者之電子郵件

---

Dear Professor \_\_\_\_\_:

This letter is from the National Health Insurance Supervisory Committee of National Health Insurance, Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Due to the increasing attention paid to the global budget system in OECD and many countries of Asia for controlling medical expenditure, Taiwan has also implemented the global budget system in 1998. However, the performance of the system is not up to expectation. It did not solve the financial predicament and also, it has caused even more medical problems. For this reason, we would like to get some information on the implementation of the global budget system in your country, which could be of great value in the reformation of the system in our country. We would be most grateful if you could provide the answers or related information of the questions as follows:

- How does your country form the reimbursement system and allocate health care spending under the global budget? Are there relevant calculation formulae or methods?
- How does the global budget perform in terms of medical cost control for your country?
- Are there any disputes in your country concerning the global budget?

system and what are the resolving approaches ?

- Is there any adjustment in the global budget system in your country after 2000 ?
- Does your country plan to expand or reduce the range of the healthcare coverage under the global budget ?
- What is the negotiation method under the global budget system that your country adopts ? Is the method causing any difficulties or calls for adjustment ?
- Whether there are other concrete reform content and suggestion that are suitable for consulting.
- Finally, we would be most grateful if you could offer us the latest information concerning the global budget system in your country, such as annual reports and technical project, it would be of great values for us.

The End

---

The information you provide would be used solely for the purpose of academic research.

We hope this letter would not bother you and we appreciate your kind assistance.

Sincerely

---

National Health Insurance Supervisory Committee of National Health  
Insurance,  
Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan)

Professor Chung-Fu, Lan  
Dept. of Health and Welfare Policy

National Yang-Ming University

TEL: 886-2-28267000-5066

or 886-2-28267000-5059

FAX: 886-28250622

Add.: No. 155, Sec. 2, Linong St., Beitou District, Taipei City 112,  
Taiwan (R.O.C.)

**附錄二、國內專家學者深入訪談名單(按姓名筆劃排列)**

李玉春 國立陽明大學 副教授

李丞華 中央健康保險局副總經理

吳德朗 台灣醫院協會理事長

周麗芳 國立政治大學財政學系 教授

孫茂峰 中醫師公會全聯會執行長

陳曾基 台北榮總家庭醫學部社區醫學科主任

滕西華 督保盟秘書長

戴桂英 行政院衛生署企劃處處長

蘇鴻輝 牙醫師公會全聯會執行長



### 附錄三、德國 2006 年 7 月 4 日健保改革法案摘要譯文

#### 2006 年健保改革中心內容

由邊緣議題而轉變成為 2006 年 7 月 4 日的健康（保險）改革，其目的是要透過收入與支出部分的廣泛異動來達到

- 供應品質的改善，
- 透過透明度的提高及市場競爭的加強來改善其經濟性
- 增加投保人選擇與決定的可能性，
- 所有相關方面行政費用的縮減以及，
- 未來疾病保險對整個社會的支出部分中（免費與父母共同保險的兒童）之健康支出將漸進地由稅收款來支付。

為了要達到此目的，在立法的計畫中要特別注意到下列措施：

#### 1. 讓全國人民在有疾病時，可以獲得廣泛的保險保障

未來在德國的全國民眾可以有廣泛疾病保險的可能性。喪失保險保障的人可以獲得回到在最後一次投保的保險公司再投保之權利。此項權利同樣適用於法定或私家之保險公司。

#### 2. 改善投保人選擇的可能性

投保人以後可以在許多種醫療照顧方式（整合性的醫療照顧、家醫費率等等）以及保險費率(Versicherungstarif)、自我保留費率

(Selbstbehaltstarif)和退費費率 (Kostenerstattungstarif)之間選擇投保。

投保人在此等背景下可以選擇對他最適合的任何一家保險公司及任何一種形式。

### 3. 健康基金

法定保險公司的財務，應該建立在以長期來看更雄厚的基礎之上。投保的費率在將來要確立全國統一的標準。此外，在沒有任何官僚行政費用的情況下要在 2009 年 1 月 1 日成立健康基金。將來職場雇主負擔的、其他社會保險專屬機構負擔的、以及疾病保險公司投保人負擔的保險費都由此基金統籌運用。自 2009 年起，由聯邦政府從人民納稅款中撥出的，每年都會增加的補助款也會匯入此基金。疾病保險機構以後會從此基金取得分配款以支付他們的支出費用。分配款的細項包括一部份基本的固定金額以及按年齡與風險程度調整過的附加額作為不同風險結構的平準。如果有疾病保險公司或機構在用完了所有分配款之後，在財政上周轉不靈時，他們就必須向投保人加收固定金額或某個百分比的額外保險費。此額外保險費不得超過投保人收入的 1%。固定的或某個百分比的額外保險費在不足 8€ (8 歐元)時，無須做收入的調查。如果需要加收額外保險費時，疾病保險公司必須告知他的投保人，讓他們知道，他們有更換保險公司的選擇權。加收保險費的條件將會在 2011 年審查。績優的保險公司可以將結餘以退

回部分保險費的方式回饋給投保人。如此一來，投保人對疾病保險公司 (Kasse) 的工作績效就可以一目了然。這樣就可以提高市場透明度與競爭程度。

#### 4. 共同負擔結構性的風險

新的風險結構分擔制度同樣的將於 2009 年 1 月 1 日起實施。為了要配合這個目的，分散在各個不同疾病保險公司的投保人疾病負擔將會被考慮進新制裡。現在要把 50-80 種嚴重而且又要花費很大的慢性病的病情特支費率(Morbiditätszuschläge)計算出來。這些投保的病患平均的醫療支出要比全國一般的投保病患的醫療支出多出至少 50%。如果各個保險公司都可以在這部分按比率多獲得資源的分配時，在將來如果有保險公司就算他們的投保人中有這種重大慢性疾病的人超出平均時，也不會在市場的競爭上有所吃虧。

#### 5. 提高對有健康意識投保人的優惠 (額外負擔、回饋、整容手術)

要加強投保人對自己的健康的負責意識與態度。如果慢性病人的行為可以配合醫療的要求並且規律地按時接受預防身體檢查或者參加特殊的慢性疾病講座，他們額外付費的負擔上限將會降到每戶收入的 1%。定期做早期篩檢措施的人，在將來保險公司可以支付他們獎金。投保人如果不是因為醫療上的原因與需要就做手術(整容、刺青等等)保險公司將會比現在要求他們支付更多的後續醫療費用。這樣的費用

將來不可以由投保人全體來共同全額負擔。

#### 6. 預防注射和父-母-親子之療養應為正常固定之醫療支付

被認為可以預防疾病的疫苗接種以及父-母-親子之療養將設為法定保險之正常固定醫療支付。這兩種醫療給付將不再會是由保險公司按自己的裁量來決定是否支付。投保人利益闕失的部分將不復存在。

#### 7. 擴充復健醫療與安樂照顧

在未來老人及需要特別照顧的人有權要求復健醫療。復健可以在住處的附近或透過機動的復健團隊(Reha-Team)來執行。這對年紀大的人來說會有特別的好處。重病的人可以在他熟悉的住屋環境下獲得特別的照顧(安樂照料)。

#### 8. 改善養老院居民及其他人的待遇

制訂條件以便可以讓對醫療與照顧有特別需求(例如清醒的植物人)的養老院居民有權要求家庭式的病人照料(häusliche Krankenpflege)。所有的人都應該清楚知道，精神及身體有重病的療養院居民必須要由疾病保險公司提供輔助工具，以便保障他們也可以參加一部份的社交生活。共租房屋(Wohngemeinschaft)或其他居住方式的成員可以和一般正常的私人家庭計裡的病人一樣，有權要求住屋內的醫療護理。

#### 9. 拆除不必要的行政障礙

提供勞務者及疾病保險公司將減輕不必要的行政業務。計價的方式將會簡化，多餘的監管將被取消。審查方式將重新檢討並簡化之。

#### 10. 按績效的多寡來做健保醫生合理的給付

2009年01月01日起將會引進新的歐洲固定價格表。所有的和健保簽約之醫生都按此給付條例給付。對醫師而言，這樣可以有更多的計畫安全性。病人不斷增加的醫療需要的風險（Morbidityrisiko）在以後將由法定的疾病保險機構承擔。計畫性的預算式醫生診療費給付辦法將走入歷史。如此一來，就可以確保醫生在做出醫療上必須的額外績效時，可以獲得合理額度的額外酬金。

#### 11. 透過經濟誘因達到全面性照料的保障

另外還要設立給醫生額外的財務誘因，讓醫生願意到缺少醫療照顧的偏遠地區去開業。可以用增加收入的方法來取代比較沒有效果的各種計畫來確保全國全面性的的醫療照顧。

#### 12. 改善醫療照顧系統中各銜接單位與區塊的行政作業管理

延長統合併入醫療照顧之推動補助款的時限，以便推動特別是包含幅員廣大地區的合併專案。病人照顧保險也要併入醫療系統之內。疾病保險機構與醫療服務提供者必須在各個不同的供給範圍之間（例如門診與住院、急性供應、復健、照顧）共同組織銜接單位並提出各項協調問題的解決措施。

### 13. 更經濟的藥品供應

在特殊且昂貴的新發明藥物的處方方面，會在病人的安全與品質和供應的經濟性考量下，以徵求第二個醫療意見的方式來擴大使用。

在藥品部分要達到合理的價格-效果的比例原則

(Preis-Leistungsverhältnis)。因此要擴大建立費用-效用-評估

(Kosten-Nutzen-Bewertung) 的效用評價範圍。疾病保險機構與藥品製造商達成較合理價格的可能性必須要加以改善。此外藥物價格條例的輔助措施也應該要更彈性化，藉此以開啟醫藥供應面範圍內整體較為強勁的競爭關係。

### 14. 互相競爭的醫療輔助工具供應型態

為了要達到最高的經濟性(Wirtschaftlichkeitsreserve)，醫療輔助工具供應面的周邊條件也要加以改善。與供應商之間合約上的競爭將會取代到目前為止的許可制(Zulassung)。日後醫療保險機構會標購更多的醫療輔助器材。

### 15. 預防措施

除了本來法定的預防措施之外，現在已經正在加強工作場所內鼓勵健康的措施以及與工作有關的危險之防止。疾病保險機關必須負起組織自救團體與建立連絡站的責任。

### 16. 公共自我管理單位要做出更迅速更透明的決定

聯邦公共委員會 (Der Gemeinsame Bundesausschuß) 將被專業化且更嚴謹地組織起來，以便可以對例如新的診斷和治療方法做出更迅速更透明的決定，以便醫學上的進步科技在很短的時間內就可以嘉惠投保人。此外也要將醫療供應的品質保證能夠一致地延伸到各個供應領域的相關配套措施建立起來。

#### 17. 疾病保險機構的組織與競爭

要透過開放跨保險種類的合併來達到擴充疾病保險機構組織型態的可能性。疾病保險機構的公會-結構 (Die Verbands-strukturen) 將嚴密化。將來將由一個統一的公會 (目前有七個) 在聯邦層級來代表法定保險公司的各項要求並制訂一個可以達到更激烈的品質與各項供應經濟性競爭的周邊條件。

#### 18. 保險費的收取

保留目前行之有年且有效的，由各個疾病保險機構的收款方法。各個疾病保險機構再將所收集的保險費用繳交給基金會 (Fonds) 與管轄的社會保險承擔機關 (Sozialversicherungsträger)。自 2011 年 01 月 01 日起，雇主可以選擇將他應負擔的保費、保費證明及申報書等整體做一次繳交給一個疾病保險機構或交給由這些疾病保險機構所共同組織的單位。最高的公會疾病保險機構聯盟保證全國統一的收費實務。

## 19. 疾病保險機構之償債

保留不變：到目前為止仍有舊債務的疾病保險機構必須在 2007 年 12 月 31 日以前償清。償債的第一責任仍然要由各該疾病保險機構或在各該疾病保險類別內輔助性的負擔。

## 20. 疾病保險機構財務負擔的減輕

透過健康保險改革的節約措施減去法定疾病保險公司因醫生績效改進所增加之負擔，每年可以節省的金額大約為 18 億歐元。節省的部分是因減少藥品範圍及醫院、醫療輔助工具和交通費之支出而得出。這些部分在 2007 年 04 月 01 日生效時還會有 14 億歐元的節約款。除此以外，透過中期與長期經濟性結構措施的轉型還會有很大範圍的節約潛力。

## 21. 私家疾病保險的改革

私家疾病保險的區塊裡，在新的與既有的客戶部分也會加強競爭。未來在更換保險公司時，年老化的公積金(Rückstellung)部分也會在計算基本保險費用時計算進去。每一位私家疾病保險的投保人可以在基本保險費率之內，在一般的解約期限內在各保險公司內換保而仍然可以保留所有的權利。在基本保險費率部分只容許因為年齡與性別而得以有所區別，但是不得徵收風險額外保險費。此保險費率包含了相當於法定疾病保險的支付項目。每一位在私家疾病保險公司投保的



人或有資格投保的人都可以選擇在此保險費率下投保。

為了保障私家疾病保險投保人支付基本保險費的能力，此基本保險費不得高於法定疾病保險的最高保險費。如果因為支付此項保險費而引起了救助需求時，則保險費減半。如果因為支付此項減了半的保險費仍有救助的需求，則相關的保險承擔者按社會法第十二項和社會法第二項應支付必須的費用，但最高不得超過目前法定疾病保險投保人所必須負擔的 125 歐元。

## 22. 平準條款 (Konvergenzklausel)

為了避免因為實施健康基金制而引起的地區性不成比率過大的負擔差別(Belastungssprünge)，所以訂立了一項平準時期。在此時期內各保險機構不同的收入與支出結構將被平整之。

在此平準時期內不同的負擔金額 (Belastungen) 與釋負金額 (Entlastungen)會由基金的分配機制以每年期最多一億歐元(以每一邦內在所有範疇內參與的保險機構為準)平準之。此最高之平準金額一億歐元會以負擔或釋負最高的絕對額之邦(參考邦)來做基準。其他各邦的平準金額負擔/釋負對參考邦之絕對值之比率就可以由此計算出來。

作為各邦特別的負擔/釋負效應的基礎值則需由評鑑書來確定。