

# 知識天地

## 全民健保的總額支付

羅紀琮研究員 (經濟研究所)

臺灣地區於 1995 年 3 月開辦了全民健保，財務來源主要為政府、雇主及民眾繳納的保險費，三者的結構於 2006 年時為 36.7%、28.2% 及 37.9%，而部分負擔占總醫療費用的比率為 7.2%。換言之，民眾雖然享受了近 93% (100%-7.2%) 的醫療給付，但直接的保險費負擔尚不及四成。低保險費、低部分負擔與高醫療給付造就了民眾高達七、八成的滿意度。

全民健保的建立方式是將公保 (創立於 1958 年)、勞保 (創立於 1950 年) 及農保 (創立於 1989 年) 中的健康保險從原有體系中移出，再納入未涵蓋在保障範圍中的其他人口，形成一個單一的、保障範圍擴及全民的整合體系，由中央健康保險局 (簡稱健保局，或稱保險人) 負責經營。由於從分歧的多元體系到整合的單一體系是在一夕之間完成的 (1995 年 2 月 28 日被保險人尚分屬於公、勞、農保；3 月 1 日即已屬於全民健保)，因此，全民健保的許多措施仍然沿用公、勞保的做法，特別是論量計酬的支付方式。

論量計酬顧名思義是以服務量的多寡來計算醫師提供醫療服務的報酬。這種制度會使服務提供者有多服務的誘因。再加上醫療服務係屬專業領域，醫師與病患之間有資訊不對稱性，因此健康保險制度隱含有醫事服務機構浮報與浪費的誘因；病患也因不必支付全額的醫療費用而會多使用醫療服務；這些都是一般所謂的道德危機 (moral hazard)。復以醫療科技的進步使得昂貴的新藥、新儀器與新處置不斷地被開發與利用，全民健保醫療費用因而逐年快速上漲。此外，近幾年來臺灣地區的經濟發展逐漸減緩，失業率升高，民眾對健保費調漲的接受度降低。為順應民意，執政者不願也不敢大幅調高保險費率，以致雖然自 1998 年起年度收支即出現短絀，全民健保開辦至今 (近 13 年) 僅調漲了一次費率，於 2002 年 9 月由 4.25% 調至 4.55%。開源既然極端困難，節流成了確保財務平衡的必要措施。因能控制醫療費用的成長幅度，全民健保逐步實施限制支付總額的總額支付 (亦即總額預算)：1998 年 7 月首在牙醫部門實施，2000 年 7 月在中醫部門實施，2001 年 7 月又於西醫基層 (診所) 實施，最後於 2002 年 7 月於醫院部門實施。

總額的訂定主要是以醫療成本增加率、人口結構改變率及保險對象人數的增加率為考量。由於總額實施前醫療費用的成長率皆超過總額公式內變數成長率之和，在此情況下，總額的實施意味著醫療費用的成長受到了限制，費用的抑制發揮了功效。

目前實施的總額支付是建立在既有的、按服務項目或病例計酬的支付基準之上，因此，健保局的整體運作並未因總額支付制度的實施而有大幅度的改變，僅是將單位支付金額由原來的固定點值，1 點 1 元，換為浮動點值，藉以平衡申報費用與實際支付金額。換言之，當總額定為 4,000 億元，而申報費用總額為 5,000 億點時，每點的支付金額變為 0.8 元。從醫事服務機構的觀點而言，申報的費用是以八折支付。

由於浮動點值的水準，取決於全體醫師的處置行為，所以理論上而言，任一醫師的處置行為皆會受到其他醫師處置行為的影響。一般而言，此種機制在無外力規範下，會造成醫師多處置、多檢驗、多處方等衝高服務量的行為。因為多處置的好處大部分由自己享受，而其成本則是由全體承擔。

以迴歸分析探討總額實施前後醫院特性對費用平均單價與服務量影響的結果顯示，醫學中心、財團法人醫院，臺北、中區與高屏分局醫院所申報的醫療費用相對上顯著增加；地區醫院，公立醫院、私立醫院，東區與南區分局醫院申報的醫療費用相對上顯著減少。此種結果意味全民健保資源往都市、大型及財團法人醫院集中，這個現象使得民眾就醫的方便性有所減損。另一方面，醫院總額支付制度的實施，對科別醫療資源的分配也有深遠的影響。

由於勞保門診的診察費不分科別皆為定額，而全民健保基本上沿用了這種作法，導致科別資源的分配產生不均。風險高、診治時間長、病患人數少的科別，如婦科、小兒科，和風險低、診治時間短、病患人數多的科別如皮膚科、耳鼻喉科，醫師診治一個病患獲相同診療報酬的支付辦法，使得後者的整體報酬遠超過前者。影響所及，新

進醫師在執業科別的選擇上往往以後者為目標，導致外科、婦產科等高風險科別招不到足夠的住院醫師，而總額支付制度會使科別間資源的分配，進一步惡化。

以費用控制為目標的總額支付，固然控制了費用的成長，但也造成了醫療資源在醫院層級、規模、地區及科別間的不當流動。主管機關應正視此一問題，並努力尋求解決之道。

※ 各期知識天地文章請逕於本院網頁：<http://www.sinica.edu.tw/>「常用連結」之「週報〈知識天地〉」項下瀏覽。※