

第四章 對引發醫療專業代理問題的制度 解釋與節制設計

本章將以文獻探討及配合深度訪談的方式，就醫療專業代理問題、醫療專業代理問題之制度性成因、並簡介節制醫療專業代理問題的制度設計—總額支付制度進行討論，最後參考國外醫療費用支付制度改革經驗，作為我國可資參考之借鏡。

第一節 醫療專業代理問題的釐清與制度缺失的探討

制度架構會決定機會組合、交易成本、資源的配置及資訊的流通，因此也影響到不論是組織或個人的行為選擇。在本節中，作者將對各醫事服務提供者、及學者專家等所做之深度訪談內容進行歸納分析，嘗試以第一手資料界定何謂醫療專業代理問題，並探討在何種制度性缺失下將引發醫療專業代理問題。

壹、醫療專業代理問題的界定：醫療資源浪費

由於醫療專業的出現，使得民眾在面對高度複雜的醫療體系，及由此衍生而來的醫病雙方訊息不對稱，以微觀層面來看，權力是向醫療服務提供者一方傾斜的，也因此使得醫療市場上具有潛在「供給創造需求」的可能。面對這些醫療專業可能引發的自利行為，醫療消費者除了要求國家機關介入外，亦組成自助團體方式來尋求自保，以節制醫療專業自利行為的產生。

一位醫師很簡潔地回答為何產生專業醫療代理問題的原因：

「也就是說資訊不對稱、交易成本這些現象不僅僅是出現在第三者付費機制或是僅存在健保制度中，它存在所有的對價的關係中，但是他們卻成為了你所說醫療專業代理問題的最大原因。」（訪談記錄：D2）。

他也提到因為誘因結構設計不當，利潤和風險之間「對價關係」的失衡，導

致醫師「有利可圖」，而促成醫療專業代理問題的產生：

「…比如說減肥，很多減肥是不必要的、甚至是有危險性的，很多人卻肯付大把金錢去使用，這些健保都沒有付費啊！我覺得這是一個因為有利潤就有人會去做的現象。只要利潤夠高、風險又比較低，自然會有人去『偷』，不純粹是因為（健保）制度設計不良的原因…今天健保局要控制這樣的醫療 abuse 狀況，就必須把利潤和風險的對價關係弄清楚，因為只要利潤和風險的對價關係失衡，簡單講就是支付表定的不好，那醫療 abuse 的情況就會變得很嚴重，因為先要『有利』，之後才能『可圖』，得到不該得的利潤。不該得的利潤多了，相對上就會壓迫到應該要多付費的項目，這邊（該多給付項目）變少那邊（不該多給付項目）就會變多，也讓醫師人力配置會傾斜，這也算變相鼓勵醫療代理問題的發生。」（訪談記錄：D2）。

前文曾討論過如過量的門診診療、舞弊行為、用藥與檢驗浮濫、不必要的手術與住院、濫收差額等現象構成了本研究所指稱之醫療專業代理問題的主要內涵。根據作者訪談一位醫界代表的說法，他認為這些可以用醫療資源使用不足、醫療資源過度使用、醫療資源濫用等三個不同層次來討論，而總結來說整個醫療專業代理問題就是醫療資源的浪費。

「醫療資源浪費的情形很難去 comment，大約可以分成 under use、over use、abuse 這幾個層面來看，但是因為管制嚴格的關係，第一種情況幾乎不會發生，不然事實上是會有這種問題。」（訪談記錄：D2）。

但是他也提到醫療資源浪費問題有時是很難去判斷的：

「就以 X 光檢測來說，到底要多還是做少才對？站在醫療品質面來說，多做檢測當然比較有保障啊，但毫無節制的使用當然會增加濫用的現象和醫療費用的上漲，所以我們在牙醫部份 X 光就是照次數有限制的給付。」（訪談記錄：D2）。

另一位醫師亦抱持類似的看法：

「醫療浪費還有一點值得討論的，就是醫師醫療專業的考量不

同，這和專業訓練不同有關。就比如說中耳炎的處理¹就見仁見智，健保局認為中耳炎一定要用抗生素治療 10-14 天，可是我們一些專家認為那是已經過時的想法，中耳炎應該是依照病人的年齡、症狀嚴重程度有不同的給藥治療方式。那你說這樣健保局是不是帶頭在做醫療浪費的事？」（訪談記錄：D1）。

綜上所述，在本研究中所指稱的醫療專業代理問題，作者將其定義為：由於醫療費用支付制度的誘因結構，塑造出來的限制性和誘發性條件，使醫療專業服務提供者在臨床工作中，可恣意操縱其專業決定權力，因此所引發出的醫療資源浪費問題。因此，接下來的部分，作者將進一步討論醫療費用支付制度提供了何種限制性和誘發性條件。

貳、引發醫療專業代理問題的制度缺失探討

一、以「論量計酬」為主無法達成節約之目的

由於全民健保大部分醫療費用，仍然沿襲公勞保時代的論量計酬支付制度，醫療費用支付依據全民健保醫療費用支付標準，經健保局審查後支付。也因為醫療院所就提供之服務逐項依支付標準申報費用，因此供給者容易過度提供醫療服務。「論量計酬」的支付方式幾乎是所有受訪者一致認為造成醫療專業代理問題最大錯誤誘因。

「造成醫療專業代理問題的嚴重的最大原因就在於論量計酬支付方式，台灣人民就診次數會高達 12、13 次，這種「醫療奇蹟」不能完全歸咎於民眾愛逛醫院的心態，因為在這種（論量計酬）醫療給付方式下，醫師有很大的誘因去誘發病人的就醫行為。比如說小感冒如果不是細菌性感染而是病毒性感染，其實不需求醫也會自行痊癒，因為它就是一個 cycle 嘛，但是醫師會不會告訴病人這樣的資訊？不會啊！因為這對他自己不利。也因為這樣不當的需求，也會使社會上的

¹ 有關中耳炎這部分的討論，可參見林奏延、莊智賢「中耳炎一定要抗生素治療 10-14 天嗎？」（民生報，民國 93 年 6 月 7 日，A11 版）；或見張耀懋「開抗生素的專業考量」（民生報，民國 93 年 6 月 8 日，A11 版）。

生產力無法發揮，病人生個病總要請假、又加上來回舟車勞頓，這其實是一個很大的社會成本，如果這些病一定的比例是不需要看診的，將這些資源投入有生產力的事情上，會創造多少的資源？因為醫療畢竟是個消耗性的行為。」（訪談記錄：N1）。

一位基層診所醫師也這樣抱怨：

「像你提到的醫療專業代理問題，支付制度上創造最大的誘因就是論量計酬的方式…現在醫院、醫學中心和基層醫療院所搶生意做，這是一個很嚴重的問題，因為門診對照其他診療在健保來說的給付是比較高，成本又低，才造成這個現象。」（訪談記錄：D1）。

過去公勞保時期就早已存在鼓勵民眾增加就診次數，比如說以勞保單換取日常藥品等的診療行為。在全民健保實施以後，支付標準制度的設計並沒有明顯的改變，使得部分醫院、醫師為了賺取更多的診療費而多收病人，草率看病的結果，醫療品質低落是可預見的現象，也使得原本就存在的問題依舊沒有獲得改善。

二、 支付標準設計的不合理

支付標準未能反映不同科別成本差異的問題，尤其在支付價格上長期凍結的現象，更使得使用儀器設備的服務因為成本下降而得利，對照之下，以人力為主或勞心勞力的服務，卻因為支付標準無法反應成本，而影響醫師人力資源配置。

「像醫師就會偏向幫病人做更多的實驗室的自動化檢查、放射線檢查、物理治療；相對之下一些手術或比較複雜的物理治療，在價格上都沒有隨著調整，這樣怎麼會有醫師願意投入呢？」（訪談記錄：H1）。

還有醫師是這樣的形容：

「反正儀器、器材那麼多不用也是浪費，不做白不做。像我們講到有一個醫療怪獸（某某醫院），他們佔了醫院總額分配的七分之一，為什麼？他們都理直氣壯的說，病人就找上門來那麼多，我們也沒有辦法。那為什麼上門的病人絡繹不絕？因為他們都有診療套餐啊！比

如說你來做一個什麼內科檢查，醫院就順便幫你做眼睛檢查，或其他的配套檢查，病人覺得付同樣的錢，他們怎麼檢查那麼仔細，所以病人愈來愈多，但是他們不知道醫院把這些一樣上報健保局請更多的給付。」（訪談記錄：D1）。

支付標準的不合理，也造成一些醫療浮濫的現象：

「例如台灣的關節、腰椎間盤等手術浮濫的原因，就是因為手術風險相對低、給付又高。像剖腹產也是，因為它和自然生產的給付相差很多（有近十倍的差距），所以醫師會有比較大的動機鼓勵婦女進行剖腹產，一方面也是民眾一些錯誤的觀念：要挑時辰生產、剖腹產比較不會痛…等，這些迷思和醫師的利益恰好相符…歐美國家的剖腹產率大約 10-15%，台灣大約 33%，這表示每三個剖腹產的孩子中有一到二個是不必要的，自然產就可以的，而且這些剖腹產的孩子體重都是偏輕的。」（訪談記錄：N1）。

也有受訪者表示，支付標準設計的不合理，更會導致醫療院所規模呈現兩極化發展趨勢。

「支付標準設定的不當，比方診療方式容易的病例反而採取高給付，這很不合理，因為這會使各科別醫師人力資源分配不均，例如內科醫師人力會因此銳減。另一方面，也造成醫院生態的扭曲，例如醫學中心會大量擴充門診，醫學中心成為門診中心，基層醫院也增加，使醫療院所數目呈現兩極化發展的趨勢，也就是造成中型醫院（區域醫院）的減少。」（訪談記錄：P1）。

「基層醫療被大型醫療機構壓縮的很嚴重，我們希望醫療院所不要走向大型化醫療的方向，因為大型化醫療會擴大健保醫療費用支出…門診的給付相較於住診高，支付標準不公平的結果，讓專科醫師人力結構會發生危機，人力資源無法新陳代謝，國家用這麼多的資源培養醫學院學生，結果使多數醫學生從事眼科、耳鼻喉科等風險低給付高的科別，真正需要的內科、外科（要動刀的）科別反而乏人問津，這會使國民健康產生不利的影響。」（參見表 4-1）（訪談記錄：N1）。

表 4-1 歷年基層醫師人數和醫院醫師人數比較

民國 (年)	總醫師數	醫院 醫師數	醫院醫師 數佔總醫 師數的比 例	診所 醫師數	診所醫師 數佔總醫 師數的比 例
80	21,074	13,063	62.0%	8,011	38.0%
81	22,344	13,887	62.2%	8,457	37.8%
82	23,475	14,723	62.7%	8,752	37.8%
83	24,442	15,359	62.8%	9,083	37.3%
84	24,452	14,892	60.9%	9,560	37.2%
85	24,745	14,611	59.0%	10,134	39.1%
86	25,676	15,095	58.8%	10,581	41.0%
87	27,071	16,221	59.9%	10,850	41.2%
88	28,150	17,393	61.8%	10,757	38.2%
89	29,522	18,559	62.9%	10,963	37.1%
90	30,543	19,426	63.6%	11,108	36.4%
91	31,511	20,177	64.0%	11,334	36.0%

資料來源：基層醫療協會提供。

當然，支付標準設定的不合理，或多或少也因為政治力的干預：

「支付標準當然有些偏高有些偏低，洗腎方面像某某委員就很堅持洗腎這部分，所以這樣也就沒辦法降下來（支付額），所以說要少一點政治干預。但是急重病方面一定要增加給付。」（訪談記錄：D1）

三、 支付制度因醫療層級而有異

首先，以門診為例說明，醫院門診與基層門診相較，在支付制度方面限制較少，也就是說門診支付與審查標準一國兩制，使基層診所與醫院進行一場不公平的競爭。

「舉例來說，基層醫療是採用日劑藥²來申報藥價，基層醫師為了顧慮審查時的核減所以常會自我設限，使基層藥品費用及開藥天數受

² 也就是說每日開藥最多開三天的藥劑量。

到限制。還有，基層服務項目受到 ABC 表別的限制³，加上審查標準會因為醫院層級不同而不同，這樣就讓病人大量往大醫院跑。」(訪談記錄：H1)。

表 4-2 日劑藥價調降對照表

診療項目	原支付點數	新支付點數
門診藥劑費（每日）		
大於六歲（>6 歲）		
給藥天數一日	35	25
給藥天數二日	70	50
給藥天數三日	100	75
六歲以下（<6 歲）		
給藥天數一日	40	30
給藥天數二日	80	60
給藥天數三日	110	85

說明：民國 91 年 1 月 1 日起支付標準增、修訂依「預算中平」原則，調降藥費，同時調升醫師診察費。

資料來源：基層醫療協會提供。

「你想想看現在醫院的收入有百分之五十是靠門診，門診浮濫就是最大醫療浪費的現象。現在醫院、醫學中心和基層醫療院所搶生意做，這是一個很嚴重的問題，因為門診對照其他診療在健保來說的給付是比較高，成本又低，才造成這個現象…只是大醫院沒辦法放下這個利潤，因為這佔了他們百分之五十的收入來源。所以我們強烈主張要做好分級診療和轉診、轉檢制度。」(訪談記錄：D1)。

也因爲醫院門診高利潤、限制少的情況下，使醫院極力擴張門診，每家醫院門診費用成長率最高層達到 18.3%；基層醫療飽受威脅，其門診費用佔率已由民國 86 年之 42% 下滑至 40% 以下（李玉春，民 92：111）。在這種情況下，健保局不得不推出合理門診量作為因應措施。

四、藥價支付標準設計不合理

³ 基層醫療院所除非專案申報，否則基層僅能申報 C 表上的服務項目。

由於以廠牌定價為主，同成分不同廠牌的藥品價格差距甚大，部分醫療院所以虛報牟利（即以低成本的 A 廠藥向健保局申報 B 廠的高價格），醫療院所賺取高額藥品價差（俗稱藥價黑洞），加上自民國 91 年起基層日劑藥價降低，造成醫師間產生利益衝突，更影響了醫藥分業的無法徹底落實。

另外，現今產生的「門前診所」、「門前藥局」的怪象，部分源於藥價支付標準的不合理狀況下而產生⁴：

「所謂『門前藥局』，就是指原本附設在診所內的藥局，從診所裡獨立出來，有的只在診所內區隔出一個小空間，有的則在診所隔壁租房屋，再由原本診所自行聘請的藥事人員來管理藥局，但是實際負責人則是醫師。從我知道健保局大概的估計數字，全台灣「門前藥局」已經高達七、八百家左右，醫師釋出處方，診察費可多申報 25 元，而由藥局調劑的藥事服務費也較診所藥師調劑多 11 元，才使門前藥局越來越多。以 92 年度為例，門前藥局就在台北分區吃掉 7 億多的費用，有 70% 的處方來自同一診所，導致基層點值掉到 0.87，今年第一季更嚴重，點值只剩 0.85」（訪談記錄 D1）。

根據藥師公會全國聯合會理事長張森賢的看法，「門前藥局」的出現，乃醫藥分業下的畸形產物，以往診所爲了抵制「單軌制」的醫藥分業，多聘請藥事人員來調劑，而設「門前藥局」，醫師釋出處方，診察費可多申報 25 元，而由藥局調劑的藥事服務費也較診所藥師調劑多 11 元，才使門前藥局越來越多⁵。

五、 缺乏提升醫療品質及鼓勵整合醫療體系的政策措施

除了極少數的試辦計畫以外，也因為論量計酬制度使得醫療院所只重視服務提供，缺乏提升品質獲改善病患療效及健康之責任，醫療體系亦缺乏整合之誘因。

「醫療院所如果缺乏品質提升的專業醫療責任，而且醫療體系也沒有整合的跡象時，我們就會看到許多重複的醫療資源投資、病患將

⁴ 也有醫師指出「門前診所」、「門前藥局」的怪象，是由於健保局規定醫院進行自主管理下，醫院出現減診、限診所引發的，參見聯合報 93 年 5 月 8 日。。

⁵ 參見民生報 93 年 5 月 8 日 A15 版醫藥新聞。

受到各種重複的檢查和用藥或治療行為，這樣下去只會造成醫療院所的惡性競爭，助長醫療費用上漲的歪風，對病患和醫事服務提供者都不是什麼好事」(訪談記錄：H1)。

六、 欠缺建立以人爲中心的全人照護計畫

許多受訪者均表示，由於台灣現階段家庭醫師 (family doctor) 制度尚未完善，民眾習慣自我轉診，對許多病情複雜需要多元服務的病患，在缺乏個案管理或疾病管理的制度下，很容易造成逛醫院或服務不完整的情況，這也造成另一種醫療資源浪費。

一位基層醫師就有這樣的感觸：

「什麼叫醫療浪費？像我剛才看的一個病人，一個老人家氣喘發作八十多歲，自己騎摩托車來第一次看我的門診，藥拿了將近兩千多元，如果吃了沒用就去找別的醫生，這才是醫療浪費。這種病人是最麻煩的，如果他是在我這邊長時間的看診，藥就持續的拿，因為這種病需要長時間的調養和許多診療方式的配合，不是看一次就可以解決的。氣喘的病人平常應該用保養的藥，病情比較嚴重的時候才用噴鼻劑，如果一天到晚不保養拚命用急救藥，等到哪一天症狀很嚴重的時候就再見了。而且在我幫他看診時候，發現是因為上一次的處置不對，才再度引發氣喘，這就是醫師的專業訓練不足又沒有找固定的醫師看嘛！所以應該要 doctor fixed 而不是 doctor shopping，不然這樣才是醫療浪費不是嗎？同樣的症狀如果是由一個固定、訓練有素的家庭醫師看診，他可以長期的追蹤病情，也可以避免病情惡化。長期的慢性病患也應該交給基層醫師診療，大醫院不應該為了利潤跟基層診所搶這種病人，他們應該把資源用在更需要的病人身上才對。」(訪談記錄：D1)。

某位非營利機構的執行長亦認為台灣家庭醫師制度還有許多不足之處：

「…但台灣的家庭醫師其實還不算真正的家庭醫師，因為台灣的醫師訓練是以專科為主，再配合其他的訓練而成，不像西方國家是全科式的 training，因為家庭醫師必須在第一時間對病人病情作

整體性的初步判斷，必須要累積相當經驗才行，也需要對病人本身及家族病史有一定程度的瞭解，有過去病史做線索追蹤，會得到比較正確的判斷。」（訪談記錄：N1）。

第二節 節制醫療專業代理問題的制度設計

一總額支付制度

關於健康政策的研究中，對於節制醫療專業權力的有效方法有兩種，一種是由被保險人透過自我組織的模式與醫療專業談判，例如德國模式；另一種則是由國家直接管制醫療產業，例如加拿大模式。而醫師在醫療保健體制中的地位和政府干預的程度有關（呂建德，民 92：80），而有關醫療專業及其政治控制的討論，總額支付制度的建立是在供給面上不可忽視的課題，它不但涉及到支付制度的建立，更透過將醫療照護體系中消費者自我組織的方式，形成一個有效管理醫療專業的制衡團體。

在中央健康保險局為實施總額支付制度所提供的政策說帖中，明白指出合理控制醫療費用、導正醫療行為、藉由同儕制約促進醫療服務量的合理供給，及提升專業自主權（如支付標準、審查制度等的制度研擬）等，均是總額支付制度欲達成的重點目標（中央健康保險局，民 92）。就如同一位任職於健保局的專業官員所持的看法：

「總額支付制度背後的施行理念當然隱含了抑制醫療專業濫用的意義在，也就是說因為專業最清楚專業，例如現在醫院總額的實施就以自主管理的方式，也就是用同儕制約、專業集體監督的力量進行…」（訪談記錄：H1）。

因此，總額支付制度的實施，顯然是國家機關希望藉由支付制度的設計，而為達到抑制醫療專業代理問題產生的政策工具之一。本節將簡介總額支付制度的意義及實施概況作為背景說明，在此必須說明的是，對總額支付制度更深入的評價討論，將不涵蓋在本研究的討論範圍之內。

壹、 總額支付制度之介紹

前文所稱的支付制度（包括支付基準等），係指醫療院所在提供服務或申報費用時，直接面臨之制度，也就是可直接影響個別院所醫療行為的制度，可稱為微觀層面醫療費用控制策略；但不論是論日、論病例計酬等方式，嚴格來說都是論量計酬，醫療院所仍易增加量，造成醫療費用的高漲，若保險人仍藉由壓低支付標準以控制費用，醫療院所仍將以量制價，控制費用效果有限。先進國家為解決此問題，發展出總額支付制度，利用預算（budget）的效能，以由上而下（Top Down）的預算型態取代由下而上（Button Up）的支出型態，就醫療總支出，以宏觀策略合理調控醫療費用（李玉春，民 92：97）。

一、 總額支付制度的意義

總額支付制度，簡單來說，就是健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度，由於英文為「Global budget system」，因此也稱為總額預算制度。

依照健保局的官方定義，總額支付制度「是指付費者與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定為來一段期間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），以籌付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險財務收支平衡的一種醫療費用支付制度」（中央健康保險局，民 92）。

李玉春（民 82）將總額支付制度界定為健康保險相關團體（含付費者、醫事團體、保險主管機關）在年度開始以前，以前瞻性的方式預先針對某類醫療服務（如醫院服務門診服務或總醫療支出），以協商的方式訂定年度預算，以涵蓋該類服務一年內所提供醫療服務之費用，再由上而下分配費用。然周麗芳、陳曾

基（民 88）則認為總額預算與總額支付所指涉的意義不同。他們認為總額預算是指政府或主管機關，將事先預計核定下一年度全國健康保險醫療支出總額，保險人據以支付與醫師服務提供者而言；總額支付（醫師整體診療報酬）則強調保險人總額支付給醫師公會，由醫師公會內部拆帳，轉交給個別醫師，總額未必是固定，也不完全是預先決定好的預算，亦有可能採取事後實報實銷的作法。

Hoffmeyer & McCarthy（1994；轉引自韓幸紋，民 91：10）認為總額支付制度是指預算年度內支付給醫療服務提供者一固定金額。醫療服務提供者有義務在固定的預算內，滿足醫療需求。並依照總額的決定過程型態的不同區分為以下四種方式：

1. 總額可單方面由付費者訂定（例如英國），而預算的訂定考量預期成本及預期醫療服務數量。
2. 藉由醫療提供者與付費者之間的協商，以決定全國的醫療水準（例如荷蘭）。
3. 藉由醫療提供者與付費者之間的協商，以決定地區的水準（例如德國）。
4. 由個別的付費者（例如被保險人），與每一個別的醫療提供者協商（例如美國的健康維護組織，HMOs）。

簡單來說，總額支付制度在台灣的落實，是透過付費者與醫療供給者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出，以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。這樣的制度設計使得付費者代表一方面需要與醫界協商給付範圍及全年醫療費用總額，另一方面同時決定費率與部分負擔範圍及金額，並且，藉由醫界的自律及自主管理，一部份的財務風險也由醫療服務提供者來共同分擔（參見圖 4-1）。

二、 總額支付制度的實施方式

總額支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：

（一） 支出上限制

在年度開始前，以前瞻性的方式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應各項服務成本，但是每點的支付金額採取回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而來。也就是說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（中央健康保險局，民 92）。

由於是固定預算而非固定點值，所以將可有效控制醫療費用。對醫療提供者而言，在已預知全年預算的情況下，將減少以價制量的情況產生，並且在同儕間的相互制約下，可趨使醫療服務更為合理。但也因為支出上限對醫師的報酬箝制較大，醫師的反抗心態將更強，因此如何設定適當的總額及支付基準，是影響支出上限成敗的關鍵所在（韓幸紋，民 91：14）。

（二） 支出目標制

即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，也就是說，在年度開始前，即以前瞻性的方式預先設定醫療服務支出價格、醫療服務利用量可容許的上漲率，以及預先協定超支時的處理方式。因此，當實際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。

在實際醫療服務利用量超過目標值時，有兩種處理方式，其一是超出部分的費用將打折支付，以適度反應醫療服務變動成本；另一種是於次季或次年調降支付標準，我國採取前種方式，因此實際支出可能超出原先設定的目標。

支出上限制與支出目標制的比較參見表 4-1。

表 4-3 支出上限制與支出目標制的比較

	支出上限制	支出目標制
固定方式	固定預算	固定點值
誘因	以價制量的誘因較小	以價制量
優點	對醫師的箝制較大	醫師的反抗較小
缺點	難以確保同儕制約的效果	預算控制效果較差
超出預算時的處理	不支付	1. 打折支付 2. 於次季或次年調降支付標準
定價方式	回溯性定價	前瞻性定價

資料來源：韓幸紋（民 91：15）

三、 總額支付制度的實施類型

爲了藉由對保險人與醫療提供者的管制，來達到期望的支出水準，總額支付經常以下列三種實施類型呈現（韓幸紋，民 91：10-11）：

（一） 總額費用

對於一健康服務範圍，依照消費者的年齡和疾病嚴重程度調整其總支出水準。總額費用經常疾病診斷關連群及整合的醫療網，在醫師、醫院即其他提供者之間，以協商方式來劃分總額。此方式必須注意的是：第一、官方是否依照病症、年齡、疾病嚴重性和其他關於病人照護所需資源相關的因素，建構一套可資信賴的支付方式；第二、必須增加成本用以支援支付制度需要的資訊系統；第三、醫師容易依病人的病情嚴重程度選擇病人。

（二） 總額預算目標

美國的老人醫療保險（Medicare）及貧民施醫（Medicaid）的 HMOs 就是採取這種方式。政府多利用對所有付費者設定費率（rating-setting）、保費監理（premium regulation）及管制性競爭（managed competition）等政策工具執行總額預算。但達成總額預算目標仍有某種程度的困難，例如健康支出的上限如何設定、如何確保病人可以得到必須且好的醫療照護、如何提供合理的支付予醫療提供者，及如何在消費者與醫療提供者的權力之間取得平衡等。

（三） 總額預算制定過程

此種總額支付的決定過程，混和了「競爭」與「管制」的特色，建構在一個競爭、多元保險人的機制之下，使得健康總支出是透過市場的運作，而非由主管

機關決定。在一個整合的醫療體系之下，在多元保險人（管理照護）及論人計酬的支付方式之下，醫療提供者從事價格及品質競爭，而且健康總支出是由市場決定的。藉由 HMOs 和其他保險人、雇主政府官員協商在特定的保險範圍之下的費率水準，及與醫療提供者協商論人計酬下的支付標準。如此以市場為導向的過程，極小化了政府的監督。

四、 總額支付制度的計算公式及考量因素

年度醫療給付費用總額計算公式如下：

新年度醫療給付費用總額

$$= \text{基期年每年醫療給付費用} \times [1 + \text{新年度每人醫療給付費用} \\ (\text{非協商因素} + \text{協商因素})] \times \text{實際保險對象人數}$$

總額支付的推動，首在決定總額支付的最適額度。而總額最適額度反映出一個國家衛生部門總支出的大小或比例（林志鴻、呂建德，民 92：182-183）。依據目前設定總體及牙醫、中醫部門醫療費用總額時，除了投保人口增加率外，對於每人醫療費用成長率的協定，主要考量的影響因素可分為非協商因素、協商因素、付費者意願及民眾負擔能力及健保法令或政策改變因素：

（一） 非協商因素：

投保人口組成結構改變對於醫療費用的影響率、醫療服務成本指數的改變率。

（二） 協商因素：

保險給付範圍或支付項目改變對醫療費用的影響、醫療服務利用與密集度的改變、鼓勵提升醫療品質及民眾健康措施的影響、醫療服務效率的提升。其他的協商因素尚有如協商前可預期的健保法令或政策改變對醫療費用的影響等。

（三） 參考付費者意願及民眾負擔能力：

如經濟成長率、保險費收入成長率、失業率等。

（四） 協定後健保法令或政策改變因素：

在費協會達成協議後，若因新法令或政策等改變（含增減給付項目），影響醫療費用達一定程度者，可經由費協會協議，檢討是否應增減費用總額。

另外在醫療費用總額的排除項目，牙醫與中醫總額支付制度方面，都不包括

醫事人員訓練成本、新增的預防保健計畫及山地離島地區服務改善計畫等；至於西醫部分的尚在研議協商中。為避免投保人口成長率的預估數值與實際數值出入太大，增加健保局或承擔總額的醫療團體的財務風險，自民國 90 年度（中醫則是自 89 年 7 月）起，以協定全年每人醫療費用成長率取代全年醫療費用總額成長率的模式，作為計算總額的基礎（林志鴻、呂建德，民 92：183-184）。

壹、我國總額支付制度實施概況

我國於民國 84 年制訂全民健康保險法，於第 47 至 50 條規定應依法實施總額支付制度，但為免此一新制度的驟然實施對原制衝擊過大，亦缺乏實際運作經驗，且訂定合理總額必須有更完整的資料蒐集，在諸多考量之下，以先行試辦逐步落實為施行作法。總額支付制度實施依序首先是民國 87 年 7 月實施牙醫總額支付制度、89 年 7 月實施中醫總額支付制度、90 年 7 月實施西醫基層總額支付制度、91 年 7 月實施西醫醫院總額支付制度。以下作者將引用費用協定委員會所提供的資料，簡單介紹目前醫療服務部門的總額實施情況，但因為醫院總額部分屬於新近上路時期，相關資料並不齊全，因此將不多加作描述（有關總額實施的流程，參見圖 4-1）。

一、牙醫部分

牙醫門診總額制度自 87 年 7 月實施後，以逐年增加各分區保險對象人數校正的比率分配至六分區。該制度首次建立起國內醫事團體與健保相關機關良性的協商模式與理性互動，健保局也充分授權牙醫師公會，不論在支付標準的調整或是專業審查的執行，都提升牙醫師團體的專業自主權。

表 4-4 牙醫門診總額支付制度各季各區點值變化情形

分局 季別	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	合計
第一期 87 年 7-9 月	0.9735	1.0263	0.9445	0.9665	0.9662	0.9625	0.9714
87 年 10-12 月	1.0362	0.9734	0.9447	0.9927	0.9733	1.0065	0.9925
88 年 1-3 月	1.0196	1.0068	0.9212	0.9741	0.9743	0.9725	0.9823
88 年 4-6 月	1.0050	1.0451	1.0044	1.0056	1.0841	1.0416	1.0207
第二期 88 年 7-9 月	1.0248	1.1205	1.0019	1.0236	0.9755	1.0222	1.0223
88 年 10-12 月	1.0263	0.9904	0.9410	1.0007	1.0282	1.0352	0.9996
89 年 1-3 月	0.9819	1.0453	0.9352	1.0176	0.9547	1.0697	0.9801
89 年 4-6 月	1.1071	1.0729	1.0171	1.0103	1.0374	1.1419	1.0597
89 年 7-9 月	0.9962	1.0238	<i>0.8913</i>	0.9901	1.0749	1.1290	0.9862
89 年 10-12 月	0.9850	1.0114	0.9547	0.9727	1.0905	1.1551	0.9966
九十年代							
90 年 1-3 月	<i>0.8842</i>	0.9647	<i>0.8849</i>	1.0088	<i>0.8491</i>	1.0847	0.9058
90 年 4-6 月	0.9171	1.1244	0.9656	1.0170	0.9456	1.2639	0.9724
90 年 7-9 月	0.9400	1.0641	0.9379	1.0585	1.0549	1.2545	0.9898

說明：粗體字表示點值⁶超過容許變動範圍（1+10%）；斜體字表示點值低於容許變動範圍（1-10%）。

資料來源：費用協定委員會（民 92：76）。

二. 中醫部分

中醫門診總額支付制度自 89 年 7 月開始實施後，與牙醫門診總額支付制度採相同模式，也逐年增加按各分區保險對象人數校正的比率分配至六分區。

⁶ 每季「點值」的計算是：每點支付金額= 分區總額 / 分區實際服務量。

表 4-5 中醫門診總額支付制度各季各區點值變化情形

分局 季別	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	合計
第一期							
89 年 7-9 月	1.1046	1.2045	1.0344	1.3841	1.2938	1.6837	1.1627
89 年 10-12 月	1.0276	1.1227	1.0990	1.3179	1.1415	1.6352	1.1210
90 年 1-3 月	1.1761	1.2656	1.2379	1.6832	1.3378	1.6713	1.2983
90 年 4-6 月	1.0636	1.0737	1.1431	1.3963	1.1688	1.3281	1.1466
90 年 7-9 月	1.0901	1.1752	1.1571	1.3921	1.3034	1.7884	1.1966
90 年 10-12 月	0.9526	0.9984	1.0336	1.1571	1.1361	1.5532	1.0439

說明：粗體字表示點值超過容許變動範圍（1+10%）。

資料來源：費用協定委員會（民 92：77）。

三. 西醫基層部分

西醫基層總額支付制度自 90 年 7 月開始實施，與牙醫、中醫門診總額支付制度採相同模式，也逐年增加各分區保險對象人數校正的比率分配至六分區。

表 4-6 西醫基層總額支付制度一般門診各季各區點值變化情形

分局 季別	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	合計
第一期							
90 年 7-9 月	1.288	1.306	1.292	1.212	1.154	1.191	1.251
90 年 10-12 月	1.031	1.037	1.084	1.075	1.121	1.008	1.065
91 年 1-3 月	0.990	1.039	1.108	1.160	1.109	1.076	1.071

說明：粗體字表示點值超過容許變動範圍（1+10%）。

資料來源：費用協定委員會（民 92：77）。

根據中央健保局所做的民眾滿意度調查，針對台閩地區西醫基層、牙醫、中醫就醫病人進行對總額支付制度實施後的醫療可近性調查，結果顯示民眾的滿意度並未下降，表 4-7 則檢列其調查結果。

表 4-7 各部門總額支付制度實施後品質與可近性民意調查結果

項目	西 醫 基 層 總 額	牙 醫 門 診 總 額	中 醫 門 診 總 額
就 醫 可 近 性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通時間及等候診療時間皆在十六分鐘以內，病人表示可以接受者，達八成以上。 2. 有開藥的病人中，七成六的病人表示份量剛好；至於有提供藥品明細或藥品名稱者達四成一，高於上次調查的三成四。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通時間、等候診療時間皆在十二分鐘以內，診療時間為二十四分鐘，病人覺得可以接受者，超過九成。 2. 九成五病人除掛號費和部分負擔外，未再自付其他費用。 3. 對「自費就診的醫療服務品質比健保好」的看法，不同意者占六成，比上次調查結果增加百分之五。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通時間在十五分鐘內，等候診療時間為九分鐘，病人可以接受者達九成三以上。 2. 醫生診療時間為十八分鐘，有七成七病人表示滿意或非常滿意。
醫 療 服 務 品 質 滿 意 度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整體醫療服務品質滿意度達六成八。 2. 滿意度調查結果與九十年六月實施前比較，持肯定態度的比例有顯著增加。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整體牙醫服務品質滿意度達八成五。 2. 其中「牙齒預防保健教導」(82.8%)與「診療場所的牙醫醫療設備」(77.6%)的滿意度，較上次調查有大幅提高。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整體醫療服務品質滿意度超過八成。 2. 與上次調查結果比較，中醫病人對各項醫療品質的滿意度，除「對醫生服務態度的滿意度」及「對自行負擔費用高低的滿意度」無顯著變化外，其餘各項滿意度均顯著增加，增加的比率為百分之四至六。

資料來源：費用協定委員會（民 92：78-79）。

參、 總額支付制度在牙醫部分之成效檢視

由於我國總額支付制度的上路，始於民國 87 年 7 月的牙醫部分，由於實施時間較長，且研究指出，牙醫總額實施之後，對於醫療費用的控制可達到預期的效果、醫療資源分配較實施前更為平均、且有助於專業自主權的提升等結果（韓幸紋，民 91：83），另以衛生署對於醫療品質滿意度的調查中，實施牙醫總額對於醫療品質的滿意度呈現上升狀態（見表 4-7），是總額實施成效最佳的部分，有鑑於此，作者將牙醫實施後所達成之成效整理，以證明總額支付制度確實是可有效節制醫療專業代理問題的工具之一。

一、牙醫總額實施成效

牙醫總額支付的模式以支付上限制為主，並以論病例計酬的方式訂定支付標準，支付標準則採相對點數以反應不同病例之成本，如果保險對象至他區就醫，其費用仍由原地區支付。

目前牙醫總額所達成的目標經作者整理如下（韓幸紋，民 91：59-72）：

1. 醫療費用得到有效控制：

牙醫門診為實施總額預算之前，其成長率為 10.4%，現在則控制在 8% 左右，顯見總額實施後對於醫療費用的控制，已達到預期的效果。

2. 資源趨向平均分配：

牙醫實施總額的結果，各區預算逐漸以增加依照保險人數為作基準來分配，也就是說人口佔率較高的地區將逐年分配較多的預算，因此醫療費用漸朝向分區保險對象人數、及人口結構合理分配的方向調整，

3. 專業自主權有效提升：

總額實施後，核減率有上升的趨勢，顯見專業自主制約的成效（參見表 4-8）。且其支付標準之調整、審查醫師之遴選、審查事項之擬定，均全權委託牙醫團體辦理。

以調整牙醫支付標準為例，就可以看出專業自主管理的展現：

「像我們在調整牙醫支付標準的時候，我們都會依照相對難易值表來看，在合理的範圍內，專業團體你要 1000 元我就給你 1000 元，但是你要保證給我什麼品質？在審查上監控上要怎麼配合？並且在學理上是說的過去的，我們都會允許，如果時限到做不到費用就會收回或扣減費用。」（訪談記錄：D2）

表 4-8 牙醫門診總額實施前後核減率比較

院所別	牙醫診所	其他診所	總計
實施前	0.8%	3.1%	1.4%
86 年 7 月-12 月	1.2%	1.7%	1.3%
成長率	48.4%	-45.90%	-9.10%
88 年 1 月-12 月	0.82%	1.27%	1.73%

說明：其他院所指的是辦理牙醫門診之特約院所，而總額實施前之核減率包含西醫部分；總額實施後僅表列牙醫門診之核減率。

資料來源：健保局醫管處業務報告（民 90）。

4. 同儕制約已發揮其功能

從試辦各年各區每點支付金額的變化，各區點額逐漸趨於 1（見表 4-4）可見牙醫同儕制約的效果。

「當然也有專業團體不願意配合提高品質，但是他們會受到同儕間的壓力：『為什麼明明可以提高品質得到高給付卻不做？』，所以我們採取的態度是專業團體內部間必須得到共識後才給他們做支付標準的調整。我的意思是在財務方面應該放的更開，而要求更高的醫療品質。把品質攤開來看就可以更合理的調整，比如說上呼吸道感染你要調整支付點值就沒什麼道理，這些專業意見都是可以攤開來說的，科別的平衡就可以出來了，品質也可以提升，專業團體也才更有動力共同合作。」（訪談記錄：D2）

二、 牙醫總額實施成功原因

陳順義與鄭文輝（民 92）在「牙醫總額支付制度分區總額預算管理：中區與南區的比較」研究論文中，解釋了南區總額管理較為成功的主要因素其實是管理機制的健全，他們所謂的管理機制包括了「集體參與的民主化決策機制」、「清楚說明的使用規則」、「有效的行為監督系統」以及「漸進式的懲罰規則」。以下作者將引用這幾項原則做為牙醫總額實施成功的重要指標，並以牙醫南區部分作更清楚地說明（陳順義、鄭文輝，民 92：53-67）。

首先，就集體參與的決策機制部分，總額支付制度中「同儕制約」的真諦，

在於相互協調合作，達成共識後將資源作最有效的運用。因此在決策過程是否讓會員集體民主參與，將影響會員對規則的接受度與配合度。因此，南區分會的決策過程注重取得共識的民主參與過程，以電腦審查辦法制訂為例，先試驗其可能性後，才召開說明會對會員加以宣導、解說，善用溝通與宣導的技巧，會員的配合度自然較佳。第二，在使用規則的清楚說明與否面向上，由於醫師公會與會員醫師之間，所擁有的資訊是不對稱的，清楚底說明使用規則，可有效降低資訊的不對稱性，亦降低集體集體行動中的交易成本，也就是將遊戲規則透明、公開化，可增進會員醫師的信任，如此一來配合度自然提高。

另外，在總額支付加論量計酬制度的環境下，適當的監督機制可確保使用者遵守集體建立的使用規則，特別是透過資訊系統提供監控所需的資訊，精確而及時地提供有關每個合格醫師已經自總額中領取金額多寡的資訊。對於品質與費用的管控，係由健保局與醫事團體共同負責。南區健保分局早在民國 87 年 7 月起推動電腦檔案分析審查，並在南區分會下設立異常小組，負責與申報異常院所溝通與導正（李麗娟，民 90）。一般咸認為，南區的監督機制能夠成功地進行同儕制約的重要關鍵，即在強大的電腦多樣化的檔案分析與審查能力。

一位南區醫師是這樣形容的：「多樣化的檔案分析多到什麼程度？當你全部符合這些的時候，已經不會作弊了…」（陳順義、鄭文輝，民 92：訪談資料 A-12）。資訊系統的強化不僅將會員醫師的醫療行為模式「攤在陽光下」，一旦發現不正當的醫療行為或投機取巧將會馬上「見光死」，並且將審查醫師「人的因素」降到最低，因此可有效管制不正當的醫療浪費。

最後，當監測出異常醫療行為或違反規定者，則必須按照違反情形接受處罰。就總額支付制度而言，其「高額折付辦法」（針對費用超過門檻的醫師加以漸進式的打折）即為落實此一原則的採行方式。利用電腦檔案分析與醫療專業判讀能力，依照邏輯、數量、統計、專業、總額意涵、財務考量，設計出一個合理的模式，並且依據財務狀況與情節輕重採取漸進式的懲罰方式。否則若監督與懲罰機制定得太過瑣碎，則對醫師尊嚴將是一大斲傷，且亦限制醫師的專業能力。根據全聯會所定的懲罰機制，對於醫療行為異常或高額之醫療院所，由各分區委員會負責進行輔導，輔導（懲罰）原則分為四級：（1）同意改善，核扣費用（點

數)；(2) 同意改善，繼續追蹤；(3) 同意改善，繼續輔導；(4) 情節重大，送健保局稽核（陳時中，民 89：16），但監督與懲罰機制的設計目的主要還是在於透過專業能力與公信力，導引出良性的醫療專業行為與互動模式。

歸納上述分析結果，可以發現南區牙醫師之間趨於良性互動（合作）模式，其主要原因在於：

1. 南區分會幹部對會員醫師的充分宣導與溝通，讓所有會員清楚總額支付制度的共同利益性質；且南區分會組織運作較為透明化、公開化，規則制訂較為民主化，因此在南區的牙醫師對總額支付制度的接受度與配合度較高以致於運作較為成功。
2. 南區在總額實施之初即採用「電腦檔案分析審查」以監督醫師的醫療行為模式，可有效剔除重複填補案件並減少爭議，因此醫療服務利用較有效率。
3. 南區總額分會所採取之懲罰規則（輔導辦法）較為人性化，降低總額運作之摩擦與衝突。
4. 南區所訂定的使用規則較有彈性，能夠配合情境因素（城鄉差距）因地制宜，強調總額預算資源的合理分配，亦即「立足點的平衡」而非「齊頭式的平等」。

透過上述這些機制，南區牙醫師彼此間能夠協調行動，避免衡量的行為。他們在論文中以中區與南區分局為例說明，認為各分區醫界內部是否良性互動、以及總額支付制度對各區所造成的經濟壓力不同等原因，會造成各區牙醫界對總額支付有不同的反應，易言之，總額支付制度的成功十分仰賴醫界的自律與自制。此外，韓幸紋（民 91）的研究也顯示，醫界能否良性的互動、及醫療供給成長是否過高等原因，將影響總額實施制度的成效。

有關於醫療專業的自律和他律，一位曾擔任過牙醫全聯會理事長的醫師認為：

「…（健保）制度的設計應該是要專業的人來主動跟你配合，但是現在的制度卻是讓懂得最多的人來跟你對抗，那當然是耗費掉很多的社會成本，要不然政府要騙這些專業人如何跟你合作，那當然除了專業團體提供品質保證外，還必須提供監控的方式讓半專業的人士控管才合理。專業人士應該要有更高的道德標準去作自我要求。」（訪談

記錄：D2)。

牙醫能成為總額支付制度的「模範生」，除了因為牙醫醫療服務同質性高、92%牙科治療由開業醫師提供外，部分也需歸功於其門診量不易變動等較為優越之先天條件的支持：

「牙科醫院的門診量一直都是蠻固定的，畢竟看牙醫一般人可能認為盡量不到醫院就盡量避免，另一方面可能是牙醫的基層醫療可近性高，牙醫看診可能屬於比較親密的就診行為，一般人不太願意輕易換牙醫師（在醫院換醫師看診的機率會比較高不論是分科或輪班的關係），牙科一般比較沒有門診擴張的機會，這可能也是（牙醫）總額控制能做的比較好的原因。」（訪談記錄：D2）

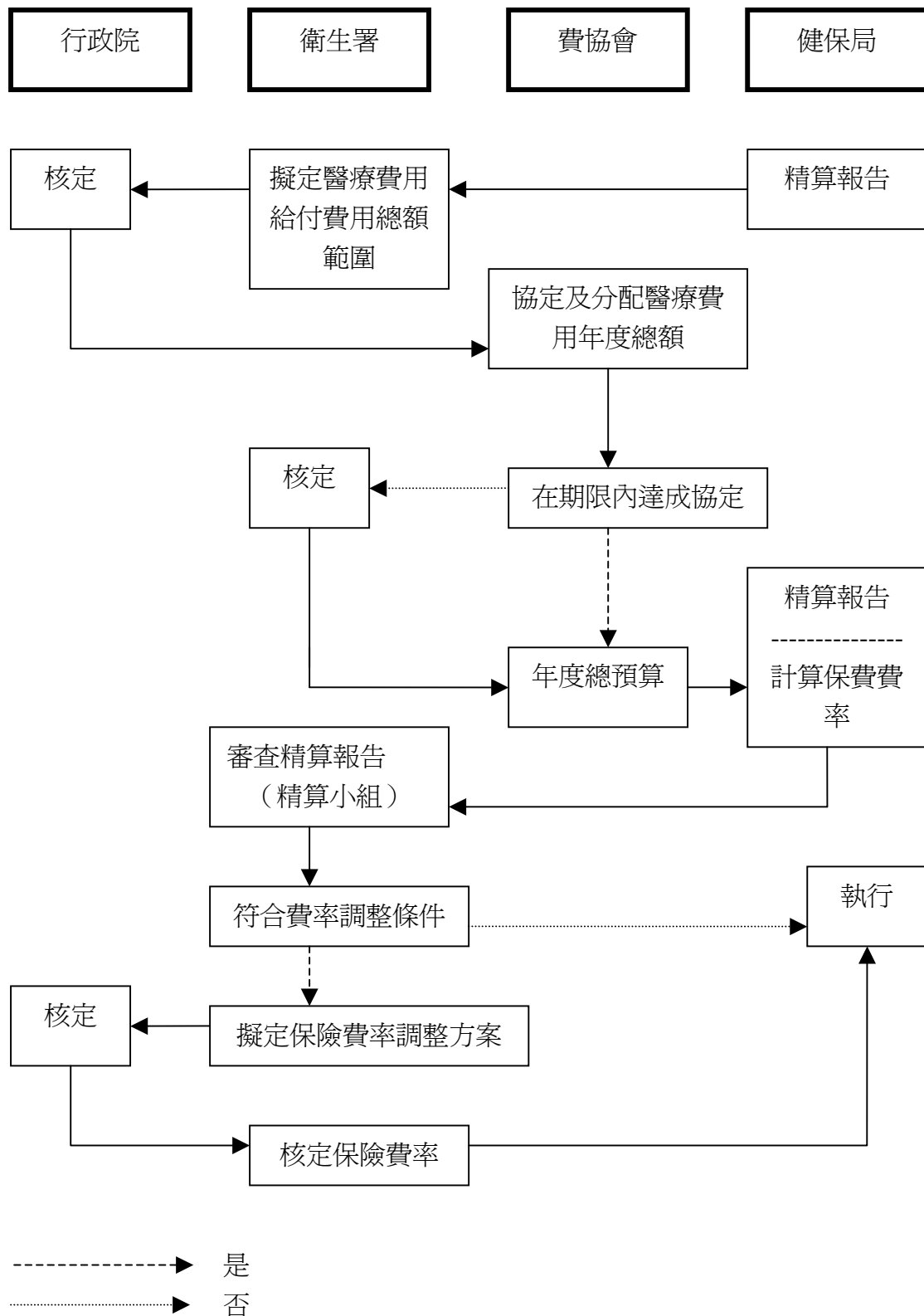


圖 4-1 我國總額支付的進行流程

資料來源：總額支付制度問答輯（民 92）。

第三節 國外醫療支付制度實施經驗

在 1990 年代末期，各國爲了解決日益高漲的醫療費用問題，紛紛實施健保改革。本節以德國及加拿大作爲主要引介內容，除了著眼以實行總額支付制度國家作爲優先考慮，另一方面，由於前者爲社會保險最先施行的國家，後者的組織體制與我國極爲相似⁷，因此，以下作者將引用吳運東、林忠劭（民 87：59-65）、馬培卿（民 86）、許碩芬等（民 90：30-33）、辛炳隆等（民 89：33-74）、盧瑞芬等（民 85：11-73）、及行政院二代健保規劃小組（民 91）各家學者的研究，對德國與加拿大總額支付制度做一綜合整理，希冀藉由對外國成功經驗的瞭解，提供我國在支付制度上可資借鏡之處。

再者，由於支付制度屬於整體健康保險制度中的一環，歷史背景也影響了健保政策的走向，因此作者將就此二國健康醫療環境概略性地描述，作爲瞭解背景脈絡的呈現。

壹、 德國

一、 歷史背景

德國在 1990 年統一前的 45 年間，東、西德分別各行其是地採行兩套健保制度。而西德的健保制度自從 1883 年俾斯麥首相創建社會福利制度以來，並沒有多大的結構改變，只有在 70 年代後期和 80 年代有些顯著的成長及修正。東德在二次大戰後，則由政府出資並提供醫療服務的制度，與西德完全不同，直到 1990 年統一後才又急遽地朝向西德制度整合。由於東德實行共產主義，在醫療制度方面較爲單純，並且統一後在許多制度上承襲了西德的制度，因此將以西德醫療體制作爲整體德國制度的討論。

⁷ 在全民健保的立法過程中，前衛生署長張博雅曾於回答立委時表示，全民健保的組織體制設計，主要是仿效加拿大的制度（立法院秘書處，民 83：256）。但值得注意的是，加拿大是聯邦制的國家，醫療是省的權責，因此加拿大的單一體制是在各省的範圍內運作，聯邦政府對財務資助的條件要求，促成各省健康保險計畫的同一性，但細節處各省仍有差異（林國明，民 92：4）。

德國的醫療資源相當豐富，1996 年時每千人有 3.2 名醫師，9.7 張病床，在 OECD 國家中是數一數二的，而德國於 1970 年代初期醫療費用快速成長，一般稱為「費用爆炸」現象，於是健康保險政策由原先的「量出為入」政策轉向為「量入為出」政策，並展開一系列抑制費用的立法，以 1977 年健康保險費用抑制法為始，開啓多次的改革方案。

二、 德國健保制度現況

德國幾乎全民納保⁸。也由於德國社會健康保險有一百多年的歷史，被保險人可直接至一般醫師及專科醫師門診就醫，醫療費用支付方式一直採用論量計酬制，多年實施的結果，德國每人每年就一次數達 12.8 次，為已開發國家之冠，僅略少於台灣，疾病基金會遂以凍結支付標準因應，但遭醫師反彈，後來改由醫師公會參與疾病基金會共同協商訂定支付標準，實施門診硬性總額支付制，基本上仍採論量計酬，而對每項醫療費用予以固定之點數額，總額固定前提下，醫療服務點值增加，則每點金額下降。由於每點價格不斷下降，醫師面對收入之不確定性，因此再次反彈，德國衛生部遂改採軟性總額支付制，即將總額訂為目標，事先規定每點價格，若是支出超過總額，則於下次協商總額時予以扣除。

住院方面則一直採用論日計酬制，在此制度下，平均住院日偏高，醫院缺乏提昇效率與品質之誘因，故自 1993 年起，亦實施總額支付制，然而仍不足以有效抑制醫療費用不斷上漲的趨勢，因此於 1996 年起實施論病例計酬及論醫療處置計酬支付制度，並允許及鼓勵醫院從事門診手術。

（一） 疾病基金會類別及保險費費率

疾病基金會⁹分為地區疾病基金會及職業疾病基金會兩種，地區疾病基金會參加對象為一定區域內，沒有工作或自營作業人士為主；職業疾病基金會參加對

⁸ 德國的健康保險制度分為法定保險與私人保險兩種。

1. 年收入在 68,000 馬克以下（約合新台幣 1,450,00 元）的藍領工人及領取州政府養老金的老年人，強制加入法定保險。
2. 受雇者的年收入超過 68,000 馬克，則可以自由選擇加入法定保險或私人保險。大約有 90% 的民眾加入法定健康保險；8.7% 的民眾參加私人保險；另有人同時加入法定保險及私人保險。

⁹ 疾病基金會有許多個，政府僅立法規定疾病基金會需提供特定的醫療給付給被保險人，不直接干預疾病基金會的提供或經營。

象為有職業者，區分為疾病基金會與補充基金會。前者透過企業及職業工會參加，後者屬個人加入。各基金會可依法自行決定保險費率，不同的基金會有不同的費率，費率範圍由 8% 到 16% 之間，平均費率為 13.5%（德國的醫療體系參見圖 4-3）。

（二） 醫療服務提供者

民眾可以自由選擇開業的一般或專科醫師門診，但住院則需要經由門診醫或疾病基金會的評估，轉介鄰近或合適的醫院。德國醫院主要的型態有三種：第一、公立醫院，通常屬聯邦或地方政府所有，其醫師為受薪制；第二、非營利性的私人醫院，其醫師亦為受薪制；第三、營利性的私人醫院，其醫師收入為論量計酬。德國醫療費用的財源，約有 60% 來自疾病基金會的保險費收入，21% 來自聯邦和地方政府的一般稅收，11% 需要病人自費費用的保險不給付項目。

（三） 醫療費用支付制度

德國的支付制度協商，基本上是由協定行動委員會決定醫療費用成長率的原則下進行。門診部分支付開業醫師的報酬，是由各地區的疾病基金會與地區的醫師公會討價還價後，決定該地區的支付預算。每個地區的疾病基金會，預算總額轉給地方的醫師公會，地方醫師公會付給私人開業醫師則是依照協定的相對點數，論量計酬支付。若實際服務超過定總額，則每點的支付金額會下降，因此每位醫師所獲得的報酬，將受到自己和同儕提供服務量多少所影響。

住院給付方面，醫院負責設定總額支付，由疾病基金會的和醫院雙方代表洽定給付醫院的費率，若兩方無法達成協議，則轉由中立的非政府機構來協商。在總額支付制度下，若實際住院人數超過協定，對於超過的部分僅能獲得每日費率的 25%；若實際狀況較協定的支出為低，則醫院仍可獲得空床部分每日費率的 75%；另外，針對病況較複雜、成本支出較高的病例，則按照病例計酬。

（四） 醫療費用協定

以費用支付制度協商內容而言，費用支付制度將影響到衛生支出的額度、結構、發展、照護的效率、獲得照護的路徑以及照護的品質。德國的費用支付制度協商層級屬於邦的層次，由疾病基金會與醫師雙方代表組成費用支付標準委員會共同協商而成。對於協商中討論的給付，負責協商的委員會須負起全責，當委員會無法獲得共識時，委員會可將爭議的部分提交至仲裁機構處理。

德國醫療費用支付制度的最大特色，在於國家賦予醫師公會公法人地位，全權代理醫師相關權益。由於醫療支付制度是由醫師公會與疾病基金會自行協商，醫師公會與各種類疾病基金會簽訂契約，疾病基金會會依照每位被保險人、每個病人以總額支付的方式給付給醫師公會；醫師公會取得診療的報酬總額後，再以論量計酬的方式給付給個別醫師。醫師公會與疾病基金會在協商過程均有法律依據為協商基礎，對於立法者而言，政策目標的落實，就不需要鉅細靡遺式的操控；對各地區而言，由體系內部直接參與者來制訂規範比較能為參與者所接受，同時也能夠快速適應變遷。

德國醫療費用總額支付過程可分為兩階段：第一階段是疾病基金會與醫師公會之間，協商訂定整體醫療費用，協商出每季的醫療費用總額，當每季總額發生高估或低報的狀況，可在次一季使用折扣或追討。第二階段則是醫師公會取得整體醫療費用，再扣除一般行政費用後，以論量計酬的方式分配給各醫師；對於醫師服務項目的範疇除了確認診所的營運項目、每季提供的病例數、診所的固定營運費用、人事支出以及每一診療項目的診療時間都必須列入考量。現今德國也實施合理門診量，對每位醫師計算出某一上限為作其當季申報的總量，如果該醫師欲對病患做另外的檢查，必須經由專科學會的認可才能執行，超過的額度將以折扣的方式給付。此外，費用支付經由此種冗長的協商過程，較不容易達成共識。

表 4-9 德國的總額預算制

住院	<ol style="list-style-type: none"> 1. 採支出目標制。 2. 由疾病基金會與醫院進行個別協商。若超過了所訂定的住院費用，超出的部分，疾病基金會只支付 25%，若不滿訂定的費用，不足的部分，疾病基金會仍支付 75%。
門診	<ol style="list-style-type: none"> 1. 採支出上限制。 2. 由疾病基金會和醫師公會進行協商。又可分為兩階段：第一階段由疾病基金會依照保險醫師公會所提出結算申報的費用，將費用撥出給醫師及醫師公會；第二階段是邦聯合會對外討論之後的費用作一回溯性的檢討，討論是否需要退費或補費。
給付項目	現金傷病給付、現金生育給付、醫療給付及喪葬津貼等。

資料來源：作者整理自盧瑞芬等（民 85：15-16）。

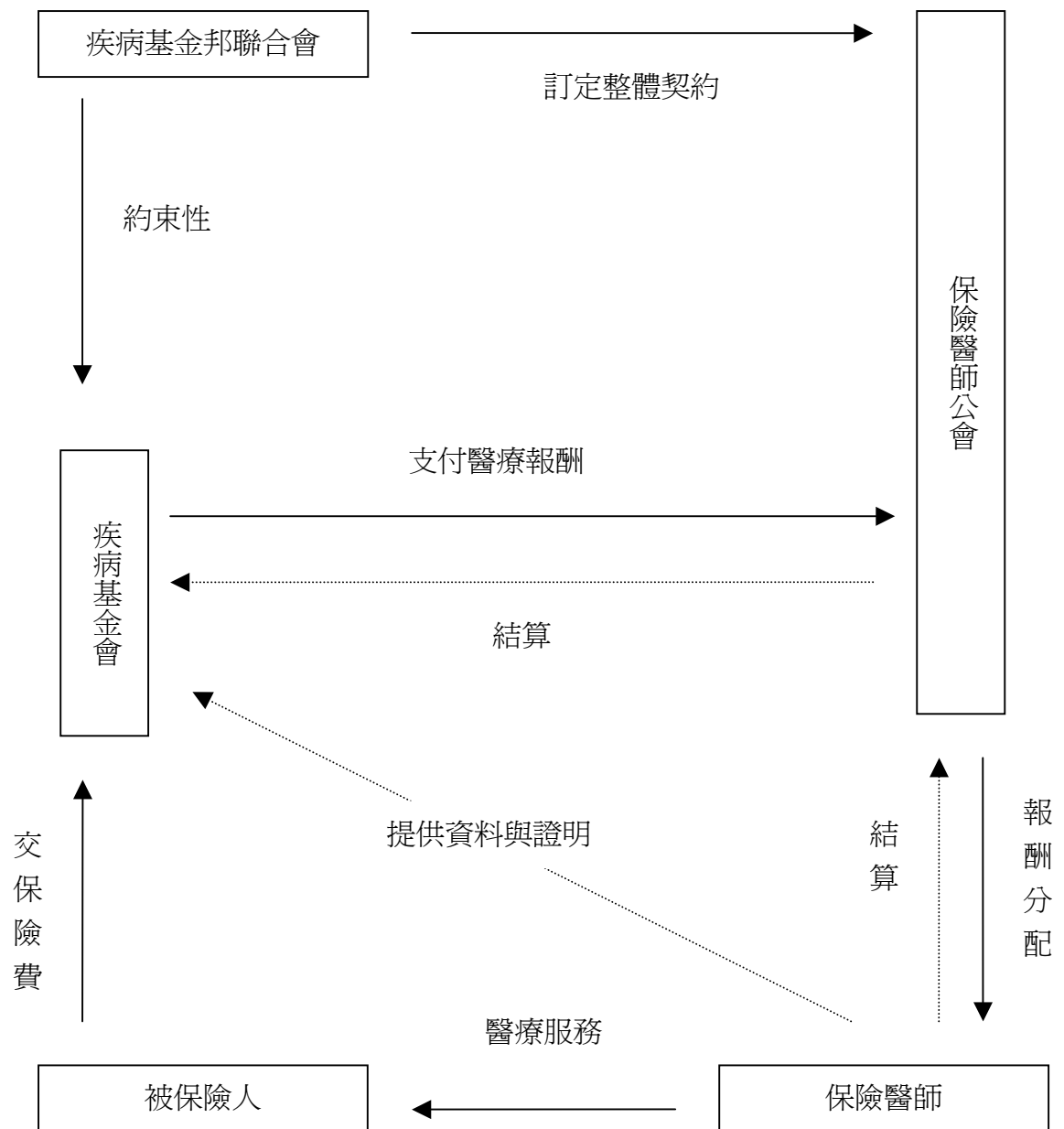


圖 4-2 德國的健康照護體制

資料來源：Organization for Economic Co-operation and Development, “The Reform of Health Care Systems: A Review of Seven OECD Countries”, 1993, p58 簡化而得；轉引自盧瑞芬等（民 85：14）。

貳、 加拿大

一、 歷史背景

加拿大是一個聯邦制的國家，內含 10 個省以及 2 個行政區，衛生事務歸於省管轄，但稅收歸於聯邦政府，因此省在執行一些健康政策時，例如健康保險，就不得不仰賴聯邦政府給予一些財務上的補助。

加拿大政府早在 1919 年時就提出「健康保險」的概念，但真正實行健康保險制度則直到 1947 年，薩克其萬省（Saskatchewan）成立了第一個針對醫院服務的公共基金保險，這是加拿大健康保險制度的開端。自此之後，保險與醫療照護計畫在 12 個行政區陸續展開。1956 年聯邦政府鼓勵所有的省，發展自有的醫院保險計畫，並提出了醫院保險與診療服務補助 50% 的提案¹⁰，1961 年 10 個省 2 個自治區均已建立了提供住院方面醫療服務的公共保險計畫。1962 年薩克其萬省開始醫師服務保險，至 1972 年所有省分皆納入醫師服務保險，加拿大全民健保的目標才算達成。

二、 加拿大健保現狀

加拿大現行健康保險制度主要是遵循 1984 年所訂定的加拿大健康法（The Canada Health Act）¹¹之規範，因此，其健康保險是各省依據自己的情況加以制定，聯邦的衛生福利部則補助各省的保險額。其中，加拿大健康法主要架構由 CHC（Canadian Health Coalition）¹²在 1980-1984 年提出的五大原則：

1. 非營利的公民組織（Public Administration）：醫療保險業務必須由公營機構以非營利方式經營，且需向省政府負責，同時其財務需接受審核。
2. 完整性（Comprehensiveness）：保險給付項目應該完整而周延，不論是門診、住院或特定外科或牙科手術，只要是醫師認為有醫療上

¹⁰ 此一鼓勵措施因而促成了「住院保險與診療服務法」（Hospital Insurance and Diagnostic Service Act）於 1957 年通過，此計畫闡明了由中央與地方共同負擔居民住院的醫療費用。

¹¹ 此法案的政策目標為「在不增加全民的經濟負擔下，保障及增進全民身心的福祉，並提供全民合理的健康服務」。

¹² CHC 創立於 1979 年其宗旨在促進並確保加拿大的健康照系統朝向有利於加拿大民眾的方向改進，其成員包括全國的一些聯合團體、婦女、學生、消費者及健康照護專家等。

的需要，被保險人皆可得到服務，不必再為之付費¹³。

3. 全面性（**Universality**）：健康保險計畫中的被保險人必須涵蓋所有符合資格的加拿大居民。
4. 便民性（**Portability**）：被保險人可在加拿大各省或屬地申請保險給付；被保險人從原居住地遷徙到另一省或屬地時，被遷入地應於三個月之內為該遷入者辦妥投保手續。
5. 可近性（**Accessibility**）：健康保險不得因個人的年齡、性別、所得及健康狀況等不同而有所差異。對於保險的給付服務，亦不得有妨礙就醫可近性的行為，如要求使用者自付費用或收取差額等。

（一） 保險人及保險費來源

加拿大的健康法明文規定全民健康保險的保險人須由地方政府（省或特區）擔任¹⁴，然而其憲法規定個省及特區應負責提供其居民醫療服務，因此加拿大的醫療制度並非只有一個¹⁵。加拿大全民健保最重要的特色是，健康保險的分區制度，在此制度下全國大部分的區域均被分割為較小的地區，每一分割區均成立一個健康保險主管機關（**regional health authority**），專門負責長期照護、醫療院所的醫療提供社區醫療服務及公共健康照護計畫等方面的管理，使得健康保險的規劃及提供能更適合當地居民的需求。但有關於財務方面的支付，如醫師的診療費、藥費等仍屬地方政府的業務範圍。

各地方政府除了提供基本的健康保險外，也提供某些額外的附加醫療照護給特定族群，如老年人、兒童、受社會福利照顧者等，這些額外的醫療服務範圍有可能包含開立處方藥、牙科保健、視力保健及某些輔助性的醫療器材等，大致上隨不同的地方政府而有所差異。

¹³ 加拿大健康保險法中為規定必須提供的服務，得由各省及保險承辦機關自行決定是否給付以及經費籌措方式。

¹⁴ 加拿大的健康保險包含全民健康保險及私人健康保險。私人健康保險提供全民健康保險所未包含的醫療照護，其保險人由私人保險公司擔任。

¹⁵ 加拿大健康保險是由聯邦政府與地方政府（10 個省分、3 個特區）分工，由聯邦政府設定全國一致性條款，全民健保中不論是省或特區的醫院及所有的健康保險計畫均要遵循此一致性的條款。在地方政府方面，雖然各省及各特區的健康保險計畫互有差異，但其醫療制度並非完全獨立營運，而是彼此互有關連的。

加拿大的全民健保保險費來源是由稅收而取得，主要是所得稅，其次為財產稅、營業稅，部分省分收取保費。若以 1990 年的醫療費用來看，聯邦政府負擔 27%，省政府負擔 47%，私人負擔約 28%（加拿大財務流程圖參見圖 4-3）。

（二） 醫療服務提供者

加拿大的健保並非是所有醫療提供服務者皆為政府所雇用的「社會福利式」的健康照護」（socialized medicine），大部分的醫師都屬於私人的醫療服務提供者，可能是藉由獨自開業或是集成一個群體提供醫療服務。醫師因而享有高度的自主權，可自行決定職業地點並主觀決定病人所需的服務及費用支付方式。

另外，加拿大的醫院除少部分為國立及私人擁有的營利醫院外，約有 95% 的醫院是由社區內志願團體、市政府或其他私人機構所擁有，並成立董事會以非營利原則管理。董事會的成員多為該醫院服務區內的居民，因此不會為了讓醫院有盈餘而故意減少服務量，犧牲社區民眾的醫療需求。

（三） 健保給付範圍、支付制度監督機制

依據加拿大健康法，健保給付範圍包含提供基本門診、住院、醫院牙科手術等項目，但不包含門診藥品、牙科門診或長期療養等部分，但各地方政府可自行籌措財源以提供附加給付。

加拿大在支付制度方面，因為省或特區政府為該區的單一保險人，也就是單一支付者制度（Single Payment System），故地方政府可以唯一買主的身份，運用集體談判的方式與醫療服務者訂妥費用的支付標準。藉由這種壟斷的力量，政府可衡量稅收及財政狀況以決定支付標準的調整比例。醫院的支付採用總額支付制度，根據醫院以往的資料，例如醫院的類別、床數、佔床率、醫護人員的薪資福利、醫療與手術器材、藥物等，以三年移動平均值的趨勢，來預測來年的支付總額，其中尚須考慮成本的上漲率與設備投資，但昂貴的儀器及醫院擴建並未包含在內，需要另外申請。

醫師¹⁶的支付制度主要採取論量計酬制度，但亦有依據薪資（也就是薪水制）或時段支薪者。論量計酬制係針對開業醫而設計的，依據省政府所編定的醫師服

¹⁶ 由於加拿大實施醫藥分業，所以醫師只能開處方，藥物由藥師調配，所以醫師是不給藥且不作化驗，病人可經由開業醫（家庭醫師）的轉介至專科或醫院門診求診。

務受益表（Schedule of Benefits for Physician Service）支付而訂，醫師的給付是透過醫師公會與省衛生廳協商而達成的；亦即加拿大政府支付醫師費之標準是依據醫師公會所定之支付標準打折後支付，而醫院內的醫師給付是薪水制。

值得一提的是，加拿大在醫院營運成本的監督包含二大部分，分別為標準會計制度及定期報告制度。健保局在財務處下設專責單位（科）或人員，負責規劃、維護此制度，並分析、陳報或公開相關報表。在此制度下，才能有合理、公平的總額協商與分配，也才能據此向保險人交代應有的合理費率。

表 4-10 加拿大總額預算制

醫院	1. 採支出上限制。 2. 醫院管理較具效率及成本意識，費用也因此獲得相當的控制。 3. 但由於總額預算的嚴加控制，使得引進醫療新科技、擴建醫院規模、出現患者等候名單等問題。
醫師	有八個省採支出上限制，二個省採支出目標制，另有五個省對醫師的收入設定標準值。

資料來源：作者自行整理。

三、 加拿大健康保險課責機制—以卑詩省為個案說明

前文有提及，由於加拿大省政府是主要負責健康照顧服務的行政單位，而其層級又介於聯邦政府與地區衛生單位之間，所以在課責方面，省政府衛生服務廳不僅需要接受聯邦及省審計長室的監督，亦需要監督其下六個地區衛生單位的績效。此外，由省政府所提供的服務項目，如醫院服務、醫師服務、藥品服務等，亦分別有組織內委員會與組織外專業團體的評鑑與考核，以下將不討論行政組織間的課責機制，而以健康服務部門的課責機制作為論述重點。

關於健康服務部門的課責部分，可分為三大部分來說明（台灣健康保險學會，民 91：41-46）：

（一） 醫院服務

卑詩省約有 120 家醫院，但醫院委員會卻由 1992 年的 110 個縮減至 2002 年的 6 個，主要原因在於管理策略的改變。醫院委員會的基本架構同樣由委員會、執行長、與管理部門三者所構成。委員會必須向其所服務的社區負責，執行長向

委員會負責，管理部門向執行長負責。

財務部分的課責主要關注在內部預算使用及成本控制兩方面，前者如必須在認可的預算範圍內執行、服務的合理分配、使用水準的控制、以及與其他服務提供者間的協調等；後者則如病床數的控制、基礎設施成本的控制、及醫療科技的評估等。品質的課責主要是照護標準設定、醫院評鑑、及醫師管理。照護標準包含臨床準則、人力配置標準、服務流程標準等。醫院評鑑則主要由加拿大醫療服務評鑑審議會（Canadian Council on Health Services Accreditation）¹⁷來執行。在醫師管理方面，則由醫師學會（College of Physicians and Surgeons）¹⁸負責，例如有關建立證照制度、核發證照、檢視醫師的繼續教育、檢視醫師的行業行為是否符合醫學專業或醫學倫理的要求，若醫師有重大違規事件，該學會議可採取懲戒行動。

（二） 醫師服務—醫療服務委員會

自 1993 年起，卑詩省在省衛生部下設一個醫療服務委員會，成員組成爲政府部門、卑詩省醫師公會、及一般大眾各三名代表。醫療服務委員會的成立宗旨是希望由利害關係人共同管理醫療服務計畫，以確保服務的公平性、可盡興，與資源的妥善分配。該委員會的工作涵蓋了預算管理、決定給付範圍與項目、決定病人身份資格、調查醫師執業與申報費用行為等。醫療服務委員會的優點在於透過公共代表的加入，避免政府部門或省衛生服務廳長的個別決策模式；同時也改善政府決策者與醫療專業的合作關係；其限制在於缺乏實質的預算管控工具、受到其他健康決策的影響，以及委員會中公共利益與個人立場的衝突。

卑詩省健保審計制度精神與內容有幾點特色，經作者綜合整理如下（台灣健康保險學會，民 91：44）：

1. 卑詩省的健康制度權力分散化：不同層級的行政組織有其相對權力與責任，並需要接受授權者（如由上而下或由外而內）的監督。

¹⁷ 此委員會是一個全國性、非營利的組織有其獨立的管理委員會，以及 1500 個會員組織，因此卑詩省的醫院評鑑和其他地區一樣，也是由此全國性組織來負責評鑑其醫療照護品質。

¹⁸ 醫師學會與醫師公會（British Columbia Medical Association）性質不同，前者基於醫師法（Medical Practitioner's Act）負責醫師的專業證照制度、專業標準設定、與專業自律，以保障公共利益。後者則爲醫師經濟利益的結合，負責協商健保支付標準與給付範圍等。

2. 醫療專業的課責來自於專業團體的自律：例如醫院評鑑、醫師學會與醫藥學會等，這些專業團體不同於因為經濟利益而結合的公會或協會，其目的在於發展專業及維護公共利益。
3. 政府部門的資訊相當透明化且簡單易懂：例如大量使用圖表及簡易文字，使一般民眾瞭解政府的作為及成果。此外宣傳管道亦相當多元，例如網站或大眾雜誌等。政府的資訊大量釋出，不僅在於強調對民眾的負責，也具有教育民眾的意涵，因為政府部門認為，好的政策需要有智識的民眾配合。
4. 對於審計監督單位的調查報告及意見，通常會公布於網站上，或供民眾索取。而對於報告內容的呈現，也採取兩面俱呈的方式，不刻意凸顯政府的施政成績而隱藏不足或無效能的地方。

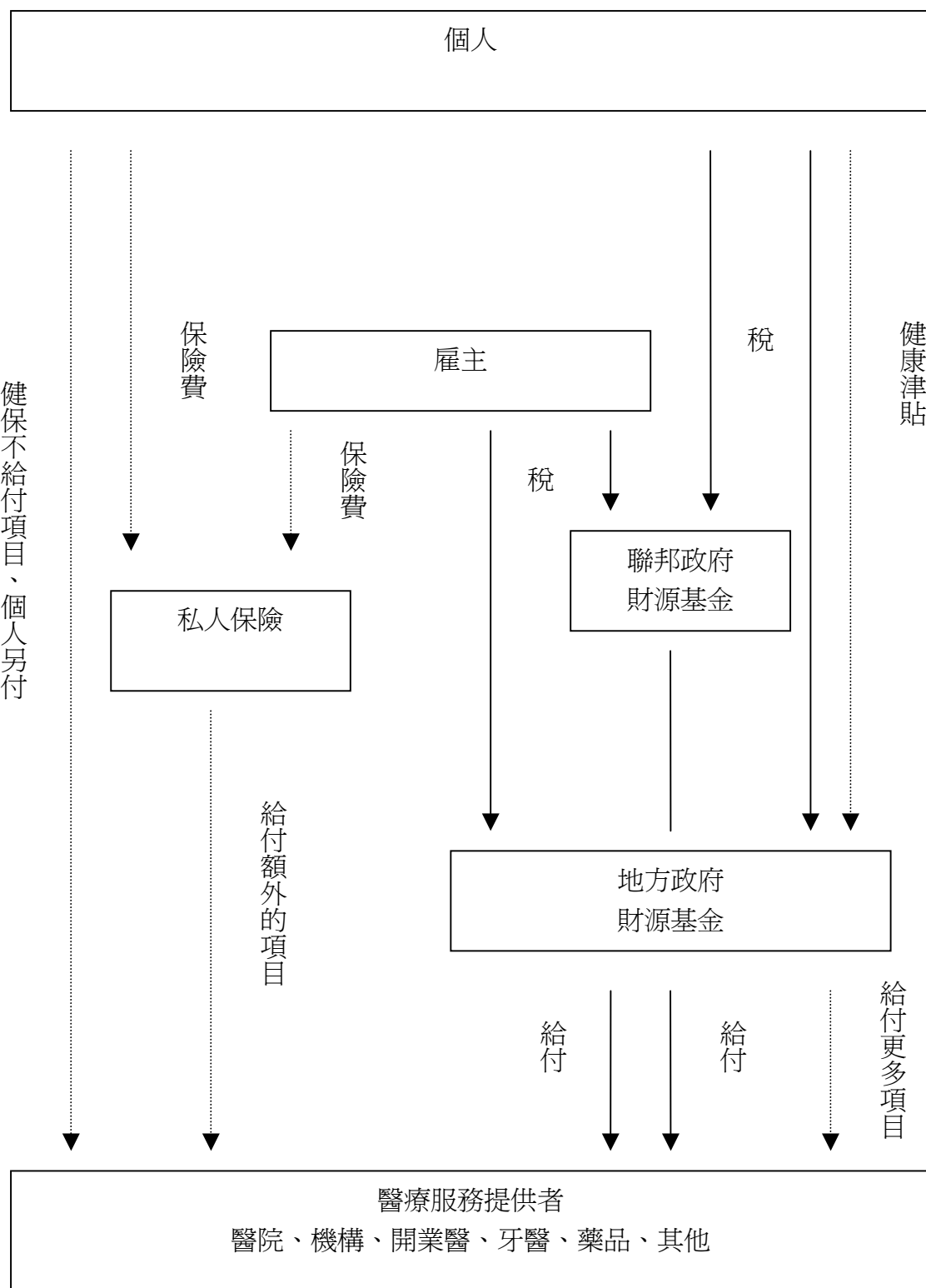


圖 4-3 加拿大醫療財務流程圖

說明：實線是指有一定的制度，虛線則視個人或地方政府而定。

資料來源：Organization for Economic Co-operation and Development, “The Reform of Health Care Systems: A Review of Seven OECD Countries”, 1994, p111；轉引|

自盧瑞芬（民 85：34）。

參、 國外總額實施成功的原因

根據國外成功經驗的分析，實施總額支付制度的成功之道可歸為以下五項：

1. 落實轉診制度，以減少醫療資源的浪費。
2. 透過良好的協商機制，使消費者與醫療提供者能基於理性決定總額範圍。
3. 具有分擔財務責任的支付基準，使得醫療提供者更具有成本意識，亦可達到降低醫療浪費的效果。
4. 豐富且分配平均的醫療資源，將使總額支付制度的實施不至遭遇過多阻力。
5. 歐洲國家實施全民健保前民間已有健康維護的互助組織，以團體力量來分散風險，人民普遍具有同舟共濟的情懷。

另外，與我國牙醫總額實施的經驗類似，德國在醫師自律方面成效也相當良好，德國各區為使醫師人力分佈平均，若本區醫師人數接近飽和，則拒絕新進醫師進入此區職業，透過醫師團體本身的制約，將避免過多的執業醫師使點值下降。

德國在實施總額支付制度後，1978-1987 年醫療費用平均成長 4.5%，與 1970-1978 年間的 11.2%相較之下，醫療費用成長率下降許多，根據美國 GAO 的評估報告顯示，1977-1987 年總額支付制度有效降低門診支出達 17%（扣除通貨膨脹後），並指出支出上限制較支出目標制有效。

加拿大的醫療控制情況亦十分成功，加拿大在實施全民健保前，其醫療費用成長的速度與美國不分軒輊，但之後即大幅下降，在 2000 年該國的醫療費用佔國內生產毛額的 9.4%。除了政府的單一付費者身份大幅提高其控制醫療費用的能力，再者，對醫院的經營採取總額支付制度、有效控制醫院的資本投資，都是有效節制醫療支出上漲的重要原因。

「橘逾淮為枳」，說明了制度移植的困難，就如同一位受訪者所言：

「其實沒有哪一個國家是我們奉為主桌的，我只能說我們的總額制度參考加拿大、德國的東西比較多，應該說我們多是取其精神，而不是一昧引用，因為沒有一個國家的制度可以完全移植外國而沒有問題的，我們必須面對自己的問題發

展方法解決，而不是照單全收。」（訪談記錄：H1）。

國外的成功經驗固然有值得仿效之處，我們當視總額支付制度為有效的政策工具之一，主要取法國外成功經驗之精神，「全球化思考、在地化政策」才是參考他山之石對我國制度改革的啓示。

