發佈：2010-01-05, 週二 18:24
點擊數：12578

壹、健保成本管控須同時考慮多面向關係

基本上來說，健康保險制度有三個要追求的目標：(一)良好的醫療與照護品質、(二)充分的就醫可近性、(三)合理的成本管控。照護品質是指被保險人或病人在接受醫療與照護服務之後，確實能獲得希望看到的結果。照護品質的確保必須透過素質良好的醫療照護專業人員、有效的藥品與設備、醫療照護機構完善的管理與臨床流程、以及以病人為中心的服務措施來達成。不過，光是有高品質的醫療照護還不夠，被保險人必須有很便利、充分的就醫機會與管道，當他們有病痛時，能夠立即找到並接受醫療或健康照護機構的診治或照顧服務，不能發生「有保險，卻沒有醫療」的情況。這便是就醫的可近性，其實也是健保的公平性。在台灣，全民健保實施之後，這兩項目標雖不能說已經十全十美，但應該算有不錯的結果。這篇文章主要是討論第三個目標的相關問題，這也是目前國人最關切的健保面向。不過我們必須瞭解，健保成本管控的問題與前面兩項目標有密切的互動關係，事實上是無法單獨切割出來探討的。

健康保險制度是由三角關係所組成的，這三角包括被保險人(醫療的使用者)、醫療院所(醫療服務的提供者)，以及保險人(醫療費用的籌措與付費者)。因此，要探討健保的成本也可以從這三方面來談。其中，醫療院所的成本包括硬體設備、人力、耗材、水電、風險、管銷、資金(利息)等；病人的成本主要是保費以及其他的就醫成本，包括部分負擔、自付額、就醫時間成本、和所得到的醫療服務結果等；保險人的成本包括要支付給醫療院所的費用以及保險業務行政費用。

貳、管控健保成本的有形與無形的手

在理想的自由經濟健保市場中，健保的各種成本與價格(包括保費與醫療服務給付價)會在市場的需求、供給與保險人和醫療院所的利潤導向考量的互動中自然達成適切的平衡。在這種制度下，保險人會根據健保市場的需求與競爭情況，以及其利潤率訂定保費，並且考量醫療市場的競爭情況與醫療院所議定給付價格，醫療院所再根據服務的給付價去決定服務量的多寡，並設法調整自己的成本，成本過高的醫療院所便會退出市場，留下有效率的醫療服務提供者。

不過這種理想的狀態在實際的健保與醫療市場運作中很少見，全世界各個國家的政府或多或少都會對健保以及醫療照護採取管控與干預，這是因為醫療照護與一般的商品有相當不同的特性，完全依賴自由市場來提供健保或醫療服務有其先天上的限制與問題。

我國的全民健保制度是一種公辦、法定強制性的社會健康保險，基本精神就是集合全國人民、雇主與政府的資源，共同分擔病痛國民就醫的財務負擔，去除就醫障礙，使全體國民得到充分、平等的就醫機會。由於全民健保是政府重要施政，政府的介入與規範極深，再加上我國所實施的是單一保險人制度，全民健保的業務完全由中央健保局主辦，民眾在納保時沒有其他選擇，醫療院所獲得的給付也全數來自健保局。在此情況下，我國的全民健保運作與自由健保市場的方式相去甚遠，必須依賴政府這隻看得見的手來管控成本、價格與費用。

參、健保支付費用的價量關係

在成本方面，我國全民健保的一個特色是健保局的行政成本由政府預算支應，並非從被保險人的保費中提撥；而且健保局是屬政府的組織，不以營利為目的，因此長期來看，健保局的經營大原則只要是健保費總收入等於健保總支出即可。對健保局來說，其最主要的成本就是對醫療院所的給付，其金額相當於將每一個給付項目的單價與該項目核附件數相乘後予以加總起來的

Phoca PDF

金額，我們可以用以下簡單的公式去描述健保局的財務規劃：

健保收入=健保給付總支出= $\sum_i$ (給付項目$_i$單價) x (給付項目$_i$的核付件數)

照理說健保局對醫療院所的給付單價應該是根據醫療院所的服務成本加上合理的利潤去訂定，不過中央健保局並未像美國主辦年長者健保Medicare與弱勢者健保Medicaid的機關Centers for Medicare and Medicaid Services有定期收集醫療院所的營運財務資料，因此對個別醫療院所的成本與整體的醫療成本走勢並沒有精確的掌握，只能參考重要的社經指標(通貨膨脹率、人口老化程度等)變化情況每年對給付價格或費用總額進行必要的調整。對健保局與被保險人來說，給付單價能夠訂得愈低愈好(健保總支出、成本、保費都可以壓低)；可是對醫療院所來說，給付單價若能訂得愈高愈好(利潤愈多或虧損愈少)，因此必須取得平衡點，太高與過低都不理想，目前全民健保透過費用協定委員會的機制與醫療院所的代表協商，來決定健保給付價或費用總額。

健保局在管控成本或給付費用時，另一個考量點是核付件數的多寡。核付件數與醫療院所的申報件數或被保險人的就醫使用量有直接的關係，一般來說，就醫使用量或申報件數愈多，核付件數便愈多。不過申報件數中有些是必要或合理的，有些是不必要或浪費的。健保局從開辦以來，一直很積極在審核申報案件，以便能挑出非必要的申報案件加以剔除。此外，部分負擔的設計也是希望從被保險人方面去節制、善用醫療資源，避免不必要的浪費。

這裡還有一個更複雜的問題，就是給付單價與核付件數之間的互相牽動。如果某項給付單價訂得太低，醫療院所提供該項服務的動機便很低，否則就是要想辦法向病人收取自費加以彌補，無形中增加被保險人的
就醫負擔與障礙；給付偏低的服務領域(如外科[1]
)也會吸引不到優秀的醫療人才投入，長久下來會對醫療品質造成嚴重的負面影響。可是如果給付單價訂得過高，又會給醫療院所衝服務量的財務誘因，導致浪費，更嚴重的是使被保險人或病人承受不必要的醫療風險；如果要嚴格或全面審查申報案件，又會大幅增加健保局的行政成本。這當中的平衡點極難拿捏，這是論量計酬(醫療院所做一項處置服務，健保局便給付該項的費用)制度所面臨的最大問題，世界各個實施健保制度的國家都有相同的困境。

肆、世界各國的支付制度改革

近年來各國的健保改革都寄望透過支付制度的革新去化解這個困境，簡單來說，就是改變醫療給付的計價單位與方式，主要的趨勢是從過去由保險人(健保組織、健保局等)出面管控費用與成本的做法，導向由醫療提供者在維持一定的醫療品質前提下，自行調節其成本與服務量。在健保機制的設計上，主要是透過讓醫療院所承擔財務風險或給予適度的財務誘因去進行必要的管控。以下介紹幾種廣泛被使用的制度，以及其優缺利弊。

論日、案件或療程計酬(前瞻性支付制度Prospective payment systems)

這些支付措施與論量計酬原理類似，但是給付的計價單位不同。論量計酬是按醫療院所做的每一項處置(如X光檢查、抽血檢驗、門診醫師診察、打點滴)去計價；論日、案件或療程計酬則是擴大計價的單位，健保局以事先訂定的某種疾病每日、每個案件、或每個療程的所有診療費去給付(如下面的公式)。我們可以將這些措施理解成「包醫制」，即不論醫療院所採取哪些醫療處置，只要將病人照顧好，省下來的費用就是醫療院所的利潤。

Phoca PDF

健保給付總支出= $\sum_i$ (某疾病診療案件$_i$單價) x (案件$_i$的核付件數)

這些措施的優點是健保局只要將醫療院所照顧某類病人每日、每案件或每療程的平均照顧費用計算好(這比計算每一項處置的成本或價格來得容易與客觀)，事先讓醫療院所知道，醫療院所便有財務誘因在此費用額度內，將病人診療好，才有利潤，否則要自行吸收超過的照護成本，因此理論上可以增進醫療院所的效率。健保局針對好幾項手術實施論件計酬已經多年，本來今年九月要實施的台灣版DRG，則是論療程計酬的主要制度，美國Medicare在1983年開始使用DRG支付住院費用，荷蘭以及多個國家也有使用類似的制度。不過DRG在美國造成住院日大幅縮短，家屬或病人出院後續的照護負擔便隨之增加。還有，在這些給付措施下，醫療使用量還是會對健保成本產生直接的影響，只是健保局的審核只要就整個案件或療程的分類是否合理做審查，不須進行細部的處置審查，可以省下不少行政成本。

總額預算(Global budgeting)

前面所提到的支付制度都是屬於細部費用管控措施，近年來許多國家(如英國、加拿大、德國、荷蘭)的健保都朝全面的管控措施發展，其中最具代表性的就是總額預算。目前筆者所知實施總額預算制度的國家多是採用個別醫院總額制度，也就是健保組織對每一家醫院設定或協商出該醫院年度費用額度。健保組織只要知道年度總費用預算有多少金額，並適度進行年度調整，再合理分配給所有的醫療院所就完成整體費用的管控與運用(如以下的公式)。這種制度的好處是非常有效，一般來說可以相當精準管控健保費用，但是有幾個明顯的問題。首先是醫院個別年度費用預算主要是透過協商而定，對談判籌碼大的醫療院所比較有利。此外，實施此制度的國家幾乎都發生病人就醫排隊等候名單的問題，引起不少民怨。這是因為當醫療院所用罄當年所分配到的費用額度時，便停止或減少非緊急性醫療服務的提供，結果等候名單一年比一年長。

健保給付總支出= $\sum_i$ (某醫院$_i$年度費用額度)

我國從醫療費用總額預算支付制度自1998年7月起由牙醫門診先開始實施後，陸續推展到中醫門診，西醫基層， 醫院部門於2002年7月實施而達到全面總額。我國的總額預算制度特色是不採個別總額，而是部門分區總額，並且採台灣獨創的點值浮動，這使得國內的健保並未出現嚴重的就醫等候名單，可是卻造成各醫療部門內的醫療院所處在「囚犯兩難處境」，必須維持甚至增加一定的服務量才不會吃虧，可是大家衝量的結果是點值下滑。這時醫界內部便須形成某種集體的自律或自主管理機制，才不會兩敗俱傷。

論人計酬(Capitation)

這是美國管理式照護(Managed care)所發展出來的給付制度，其中又以健康維護組織(Health Maintenance Organizations, HMOs)最為典型。這種制度根據登記在各個醫療院所的人頭數，事先計算並給付一段期間的照護費用總額給各個醫療院所(如以下的公式)，醫療院所必須在這筆費用額度內，照顧好其名單內的被保險人的健康與就醫需要，並自負盈虧。由於就醫開銷是最主要的成本，如果醫療院所可以維護被保險人的健康，減少其就醫次數或病痛的嚴重度，所獲得的利潤較高。

健保給付總支出= $\sum_i$ (醫療院所$_i$的登記被保險人數) x (每人平均醫療成本或費用)

筆者覺得論人計酬其實也是一種個別總額制度，這套制度的好處是讓醫療提供者(醫師或醫院)有積極從是預防保健，減少醫療浪費的誘因。健保組織只要將醫療院所平均照顧每一位病人

Phoca PDF

所需的費用訂好(這比計算每一項處置或案件的成本或價格又更容易些)，不須要傷腦筋去監督醫療院所提供的服務量多寡。不過這套制度的缺點是必須限制被保險人只能前往其所登記的醫療院所就醫，這在美國引起很多反彈。不過英國與荷蘭等國家則引進這套制度做為基層照護醫師的主要給付措施。在台灣，健保局用類似的概念來以及給付洗腎患者的費用，也用來給付山地及偏遠鄉鎮整合醫療(IDS)的主辦醫療院所。

從以上的討論可以看到，台灣全民健保幾乎已經將所有的健保支付制度都加以混合使用了，筆者相信健保局在費用管控方面的成效應該可以在全球國家中名列前茅。不過健保收支的失衡卻仍然持續擴大，很明顯地支付制度改革的效果有其限度。

伍、健保費用成長的因素

事實上醫療與健康照護支出或費用的上升是全球普遍的現象，並非台灣特有的問題。國外學者的研究指出導致醫療費用與支出成長的可能原因有以下幾點：

1.人口老化，就醫需求以及病情嚴重度增加；

2.健保的普及：健保實施後消除就醫的財務障礙，降低醫療消費者的價格敏感度，導致就醫需求的增加；

3.國民實質所得的增加，使得國民對健康更為重視，對醫療需求也跟著增加，而且也比較有能力去購買醫療服務；

4.醫師增加造成的誘發需求，醫師對自己的收入有一定的目標，為要達成該目標，會想辦法增加醫療服務。當醫師人數變多，整個國家的醫療支出也會跟著成長；

5.更多的防衛性醫療：病人醫療消費意識抬頭，醫療糾紛或訴訟案件增加，醫療人員為求保護自己，必須盡可能做各項檢查，以免漏失而被病人究責；

6.行政成本及浪費：為了因應日益複雜的醫療服務型態、政策要求與健保申報作業，醫療院所必須依賴更多的文書作業與管理機制，導致行政成本的上漲；

7.醫療照護服務相對價格上漲：是指國內醫療價格指數的成長率比一般消費者物價指數的成長率高；

8.醫療科技或藥物的創新與增長：這點是經濟學家認為最重要的因素。其實前7項因素也都會對醫療科技的創新與成長有影響，許多新醫療技術是因應人口老化及慢性疾病的治療與控制而出現；健保普及使得病人不在意新的昂貴治療方式或檢查儀器的高價，加上醫師對新技術的高度興趣與運用，鼓勵病人嘗試新技術；國民所得與教育程度提高也促使病人較期待使用昂貴技術或儀器；防衛性醫療則直接增加各種檢查儀器與設備的使用量；新儀器與新技術也會增加管理的負荷與複雜度，提高行政成本。

陸、健保費用管控沒有萬寧丹，價值取捨有賴全民凝聚共識

這些問題有些是健保可以著力的，有些是健保使不上力，甚至健保本身就是問題的肇因

Phoca PDF

，我們不能寄望健保解決所有成本上漲的問題。當然這不是說沒有其他改革的可能性，像是減少健保給付，只保大病不保小病，也應該對健保的費用成長有所抑制。此外，新加坡的醫療儲蓄帳戶(Medical Savings Account)也是一種可能性，這種制度要求國民每年從所得中提撥一定的金額存在自己的醫療儲蓄帳戶，政府給予免稅優惠，但該帳戶僅能用來支付就醫費用，如果帳戶有節餘，還可以累積到下一年度使用。這種措施讓醫療消費者有謹慎選擇就醫對象，並去比較醫療提供者的品質與成本的誘因(必須有醫療資訊公開的配套機制)，因此會有效刺激醫療提供者的良性競爭。可是這種健保制度的缺點是社會集體承擔風險的程度較低，對年長者或醫療需求高的民眾比較不利。而且台灣已經實施單一保險人且保障廣泛的全民健保，要大幅轉變成這種制度的可能性不太高。

有些國家嘗試醫療資訊(品質與成本)的透明化與公開，做為民眾就醫的選擇依據，不過目前的果效很有限。主要是因為醫療服務異質性很高，很難作客觀的比較；此外，醫療品質本身就很難判斷，民眾要自己去理解難度更高。而且這項措施必須搭配民眾就醫的價格意識，在全民健保制度下，這樣的誘因很小。此外，有些國家則試圖用科學的方法，客觀評估各種醫療科技的成本效益，並規範或鼓勵醫療院所優先使用同類產品中，成本效益最佳的醫療科技或藥物。這種方法必須投注大量的研究經費以及周延的法規配合，並不容易，有時候也會造成意想不到的弊端。

管控健保成本與費用是一件非常重要的工作，但目前還沒有萬寧丹，未來可能也不會出現。也許我們必須回過頭來問一個更根本的問題：台灣民眾認為全民健保最重要的價值是甚麼-是保障每位國民就醫機會，還是自由就醫的權利？我們如何看待醫療與健康-是個人的責任，還是社會共同的承擔？我們要的是怎樣的健保-是便宜的，還是包山包海的健保？是只造福這一代，還是永續平等的制度？唯有全體國民對全民健保有清楚的認知與定位，才能排定優先順序，做出必要的政策取捨，擬定未來健保改革的方向。

作者周恬弘為維吉尼亞州大學VCU醫務管理博士候選人
（本文僅代表作者個人意見，不代表本智庫之立場）

註解：

1.請參考冉祥蓓報導<眼科皮膚科崛起　外科光環不再>，台灣醒報2009/11/10，
http://anntw.com/awakening/news_center/show.php?itemid=9656

Phoca PDF