

立法院 11 屆第 1 會期  
社會福利及衛生環境委員會委員會

「全民健康保險醫療給付費  
用總額之現況與展望」

公聽會  
(書面報告)

報告機關：衛 生 福 利 部

報告日期：113 年 5 月 6 日



主席、各位委員女士、先生：

今天貴委員會召開「全民健康保險醫療給付費用總額之現況與展望」公聽會，本部承邀列席參與，深感榮幸。敬請各位委員不吝惠予指教：

## 壹、背景

全民健康保險實施初期為順利與公勞農保制接軌，避免醫療生態改變過大，循公勞農保採「論量計酬」支付制度，惟醫療院所缺乏分擔財務風險之誘因，於民國 84 年至 87 年間，健保醫療支出快速成長，醫療支出遠高於保險收入，對健保財務造成沉重壓力，各界均希望能有效制約，遂促成健保朝總額制度改進。

現行全民健康保險法第 60 條及第 61 條規定年度總額訂定程序及範圍，第 62 條訂定總額結算方式，並因總額採協商方式辦理，爰於第 5 條規定全民健康保險會的組成及辦理業務。總額支付制度自 87 年分部門導入，迄今已實施 26 年，任一調整均連動，應審慎為之。

## 貳、各討論題綱與本部說明

討論題綱一、總額支付制度的種類有哪些，分別有什麼優缺點？

本部說明：

總額預算制可分為「支出上限制」及「支出目標制」，特點如下：

### 一、支出上限制 Expenditure cap：

(一) 點值浮動：

點值 = 健康照護總預算 / 總服務量(申報點數)

(二) 預先依健康照護服務成本及服務量成長，設定健康照護支出之年度預算總額，以相對點數反映各項服務成本。

(三) 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(點數)而得，當實際總服務量小於原先協議的總服務量時，將透過每點支付金額(及點值)高於一點 1 元回饋醫療付務提供者；反之，則點值將下降至一點不足 1 元。

(四) 透過該地區點值高低及政策保障點值，可引導醫療資源朝點值高方向分布。

(五) 優點：

1. 固定年度預算總額而非固定每點支付金額，可精確控制年度健康照護費用總額。
2. 服務提供者預先瞭解全年預算總額數，可減少誘發衝量行為。

(六) 缺點：

1. 點值高低落差較大時，院所較難控制經營成本。
2. 當服務量大，點值會降低，容易造成服務提供者反彈。

3. 囚徒困境：在不知道其他醫療院所的申報量下，部分醫療院所可能為增加自身收入而選擇衝量，以致拉低點值。

## 二、支出目標制 Expenditure target：

### (一) 點值固定：

健康照護總支出 = 點值 × 總服務量(申報點數)

- ### (二) 預先設定健康照護服務支付價格及服務量可容許的成長率，實際服務量低於預先設定目標值時，年度預算將會有結餘，惟實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分的費用將打折支付。

### (三) 優點：

1. 點值固定，對於要獎勵的醫療服務項目訂定有幫助。
2. 服務提供者較易接受。

### (四) 缺點：

1. 可適度反映健康照護服務變動成本，但實際支出可能超出原先設定目標。
2. 健康照護費用無法完全有效控制，如超出目標數時，需要有配套其他預算來源挹注。
3. 當服務量超過目標時，院所因不符成本而會選擇減

少提供服務，民眾就醫等待時間將拉長。

4. 如預算無穩定來源，將由健保安全準備支應，加速保費調整周期。

資料來源：部分來自中國醫藥大學譚家惠助理教授(2023),健康照護體系與管理特論「支付制度 Payment system」

## 討論題綱二、各國總額支付制度的實施概況如何？

### 本部說明：

各國家實施總額支付制度的方式並不一致，而且仍在持續演變中。其中有採支出上限制，也有採支出目標制，分配的方式也因國情而有不同，分別有以區域、醫院或醫師為單位分配預算，摘要如下：

- 一、我國：牙醫、中醫、西醫基層及醫院等部門屬上限制總額預算，專款預算採實支實付，超過預算上限則採浮動點值計算。
- 二、澳洲：公立醫院實施上限總額。
- 三、加拿大：省政府訂定(或協商)醫院及醫師的預算總額；採上限或目標制則因各省而異。
- 四、德國：門診依支付標準論量申報，住診則訂有 DRG 群組，每年將預算採風險公式(年齡、性別、80 種慢性疾嚴重疾

病的發病率)分配給各區，針對醫院及醫師訂有申報上限(每季病人數、每病人申報金額、每病人就醫次數)，超過則折付。

五、英國：政府訂定醫院及社區照護預算總額；家庭醫學服務支出(包括藥費及醫師費)則非直接規範。

資料來源：

- 1.Elizabeth Docteur and Howard Oxley (2003), “ Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience”, OECD Economics Department Working Papers, No 374.
- 2.Elias Mossialos and Julian Le Grand (1999), “Health Care and Cost Containment in the European Union”, MPG Books Ltd. Bodmin, Cornwall.
- 3.全民健保監理委員會(2004),「德國健康保險制度座談會」會議資料。
- 4.行政院衛生署(2010),99年度委託研究計劃「台灣與OECD國家健保制度之績效比較研究」。
- 5.The Commonwealth Fund ( <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> )JUNE 5, 2020

### 討論題綱三、112 年健保點值下降其原因為何?如何補救改進?

本部說明：

#### 一、健保點值滑落原因分析

##### (一)醫院總額：

1. 112 年相較 108 年(疫情前)門診費用及件數成長幅度較急診和住診高，為醫院整體醫療費用成長之主因。
2. 門診費用受到「平均每次就醫點數」及「每人就醫次數」成長之影響，其中北區更受轄區「投保人口」增加之影響，「就醫人數」成長率為各區之冠。

3. 每次就醫點數增加主要來自診察費調整、藥費及診療費增加，經分析大部分來自癌症及慢性病就醫。

## (二)西醫基層總額：

1. 112 年各分項費用以診察費、藥費、診療費成長貢獻度較高：

A. 診察費增加來自支付標準調整。

B. 藥費:分析發現「慢性病件數占率上升」，續分析其「慢連箋點數占率上升」，故為慢性病增多的影響。

C. 診療費:主要來自慢性病相關檢查(驗)增加，例如：  
心臟酵素與血脂肪、糖尿病、肝腎功能檢查。

## 二、補救改進措施：

### (一)針對因疫情影響之補點值措施

1. 針對非預期風險致使對總額部門整體醫療費用造成顯著影響，則依「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費項目」之適用範圍及動支程序予以補助費用。
2. 因應 COVID-19 相關醫療費用自 112 年 3 月 20 日回歸健保支應，並加上疫後就醫人潮回流，112 年健保總額於 111 年協商時未考慮 COVID-19 降級所產生之醫療費用影響，該年度點值補貼預算，除動支 112 年健保總



額預算之上開預算項目預算 8 億元，不足部分由行政院 112 年度公務預算挹注全民健康保險基金 240 億元支應，持續給予醫療機構支持，以讓醫界有適足量能，繼續提供醫療服務，並確保民眾享有良好就醫品質。

(二)有關基層總額因慢性病人就醫增加，致醫療費用成長，將於 114 年總額協商時爭取預算支應。

(三)有關醫院總額門診件數大幅提升，為利分級醫療，將研議推動醫學中心重啟門診減量措施；另就離島、醫療資源不足地區具急救責任之「燈塔型地區醫院」，除予以點值保障外，並保障其基本收入。

#### **討論題綱四、健保點值保障入法，對健保財務、費率調整及國家財政的衝擊？**

##### **本部說明：**

- 一、健保每年度醫療給付費用總額，區分為西醫基層總額與醫院總額，並採分區預算制，依保險對象人數及醫療費用使用比例分配總額，並針對需保障或鼓勵之服務項目，採固定點值保障；每年總額成長率依人口成長、人口結構組成、經濟因素(經濟成長率、平均薪資、物價指數、服務成本指數等)及服務利用與密集的改變，予以考量計算，

並透過醫療提供者與付費者間協商訂定，已兼顧社會各界需求，達成改善醫療生態健全體制之政策目的。

二、如健保點值保障入法，相關衝擊說明如下：

(一)財務衝擊

1. 所需補助金額:經本部中央健康保險署建立醫療費用推估模型，納入性別、年齡、服務類別(門診、急診、住院)、疾病別、總額預算成長率及人口推估醫療支出等變項進行推估，經以近七年各總額預算成長率之中位數及國發會人口低推估，預估未來五年補點值所需預算數(如下表)，以 113 年為例，補至 0.95(元/點)約需額外挹注 705 億元、補至 1.00(元/點)約需額外挹注 1,155 億元，且逐年成長。

附表、近五年保障點值之財務估算

單位：百萬元

年度	預估補至「0.95」所需經費						預估補至「1.00」所需經費					
	醫院總額	西醫基層	牙醫	中醫	透析	合計	醫院總額	西醫基層	牙醫	中醫	透析	合計
113	58,946	7,336	0	2,909	1,333	<b>70,523</b>	90,554	14,746	1,638	4,697	3,824	<b>115,459</b>
114	60,889	7,243	0	2,886	914	<b>71,933</b>	93,817	14,872	1,076	4,739	3,461	<b>117,966</b>
115	63,260	7,121	0	2,874	455	<b>73,710</b>	97,582	14,973	506	4,796	3,059	<b>120,915</b>
116	66,367	6,920	0	2,863	0	<b>76,150</b>	102,175	15,000	0	4,856	2,615	<b>124,647</b>
117	69,783	6,640	0	2,851	0	<b>79,274</b>	107,152	14,950	0	4,918	2,088	<b>129,107</b>

2. 如由健保基金支應，對於保費及安全準備金之影響(總額成長率以 5%推估)

(1) 以 113 年保障平均點值 1 點 0.95 元之影響金額 705 億元計算，如維持現行費率 5.17%，安全準備今(113)

年底將出現不足 69 億財務缺口；維持年底 1 個月安全準備之平衡費率，於 114 年將大於 6%(為 6.09%)。

- (2) 以 113 年保障平均點值 1 點 1 元之影響金額 1,155 億元計算，如維持現行費率 5.17%，安全準備今(113)年底將出現不足 559 億財務缺口；維持年底 1 個月安全準備之平衡費率，於 114 年將大於 6%(為 6.4%)。

## (二)對資源配置之影響

整體點值保障形同取消總額預算制度，則院所又將回到民國 84 至 88 年一樣努力衡量，同時原總額制度下由點值高低引導資源分布合理性功能亦將喪失，落入強者恆強、弱者愈弱的惡性循環，醫療資源將往大型醫院、都會區、北部地區集中，導致院所大者恆大，小型醫院及診所、偏鄉、山地離島等相對弱勢族群及地區將更難獲得醫療資源，分布將嚴重不均。

## (三)對分級醫療之影響

若對於各式醫療服務皆給予齊頭式的點值保障，對於需保障或鼓勵之醫療服務，如婦、幼、急、重、難等弱勢科別，亦不再有相對優勢的保障，將可能排擠急重難症及弱勢科別之醫療服務項目，而大型醫院亦持續大幅擴

充門診吸引病人，致使分級醫療制度崩解，亦將不利基層院所生存。

## 結語

有關立委所提「全民健康保險法第六十二條條文修正草案」，醫療服務點值每點 1 元或 0.95 元，若有不足就由其他財源撥補。惟預算編列有一定程序，必須前一年度編列，若預算編列不足或未編列，屆時就必須以健保基金之安全準備支應，將立即面臨調漲保費之情況。

健保總額制度施行多年，面對新醫療科技及人口老化等挑戰，需要改革因應，但改革需要社會共識，且必須審慎以對，通盤考量相關配套措施，以讓總額適度成長、資源合理分配，維持健保永續，醫護人員獲得合理薪資待遇，保障民眾就醫品質。本部承 大院各委員之指教及監督，在此敬致謝忱，並祈各位委員繼續予以支持。