健康保險的醫療費用支付制度

文◉朱觀宇

壹、前言

保險體系與醫療體系爲健康保險的兩大部分，而醫療費用支付制度則有如二者之間的橋樑，不但決定了整個健康保險制度的財務分擔與醫療供給者的經濟利益，而且直接影響醫療資源的分配、醫療服務的數量、品質和效率，爲保險人、被保險人及供給者們共同關心的焦點。

支付制度對健康保險的影響大概可歸納爲以下五點：

一、影響醫療費用上漲的程度。

二、影響醫療服務供給的數量、品質和效率，並可避免醫療資源的使用浪費，例如不必要的手術、注射、藥劑和檢驗等。

三、影響保險財務在各類醫療服務的分配，並影響醫事人力及醫院病床供給量與分布，如醫師選擇執業的地點，護理人員選擇服務的醫院以及醫院添置設備的種類等。

四、影響醫院和醫事人員的收入。

五、決定健康保險行政體系的複雜程度。

本文將以較宏觀的角度，分別以一般理論、公勞保現況、全民健康保險的規劃以及國際比較四個不同層面，來探討醫療費用支付制度如何維持健康保險費用與醫療供給者收益在合理的範圍之內，使二者取得平衡，進而維持健康保險體系的功能和財務於不墜。

貳、一般理論

一、醫療報酬支付的類型

醫療報酬支付制度的類型有以下幾種：

1.論量計酬制
2.論件計酬制（DRGs）
3.論日計酬制
4.論次計酬制
5.論人計酬制
6.預算總額制
7.俸給制

自由 ↓ 極權

一般而言，論量計酬最尊重市場經濟的原則，而俸給制則完全控制醫療供給者的經濟自由。

二、各種支付制度的分析

1.住院醫療支付

（1）論量計酬

在論量計酬制度下，醫療專業人員受到高度的專業尊重，醫師可根據病人病情不同而調整治療方式，但先進國家卻很少採用，原因有三點：

Ⅰ、醫院爲牟利而提高服務量，造成醫療費用上漲。

Ⅱ、服務項目過於繁雜，費率難以訂定。

Ⅲ、申報及審核形成的行政成本過高。

（2）論件計酬——疾病診斷關係群（DRGs）

DRGs乃依病情不同所需醫療費用亦相異的觀念所制定。優點在於可提供醫院比較性的醫療資訊，作爲規範醫師醫療服務的工具，因每組疾病醫療方式有相當的共同點，故異於常規的治療方式極易發現。同時根據相關研究，DRGs可以降低病人平均住院日數，而達到成本降低的目的。

（3）論日計酬制

給付標準按病人住院日數計算，不論其醫療服務項目之多寡，即假設住院病人每日的醫療費用量常態分布，高費用與低費用的病人會抵消醫院的餘絀。其優點爲可以簡化行政，並提供醫師更大的自由，選擇有效的治療方式，提高醫療效率，缺點則是易產生醫院延長病人不必要的住院日數的經濟誘因。

（4）論次計酬制

此係假設同一家醫院所有病人的費用呈常態分布，故可由醫療總費用計算出每次住院的平均費用。其優點是醫院不會延長病人的住院日數，缺點則爲加重了醫院鼓勵病人住院的考慮，使醫院有增收較輕病情患者的傾向或拒絕重症病人住院的可能。

（5）預算總額制

此制是由保險單位與醫院代表協定下年度的醫院預算。優點是致使醫院簡化行政、節省開支及提高效率，有效控制醫療成本的上漲程度，而其缺點主要爲醫院可能儘量少收病患，並延長病人住院日數以減少工作量。

2.門診服務支付

（1）論量計酬制

門診服務採論量計酬的方式，其缺點與住院醫療採論量計酬制的缺點相同，即醫師可能說服病人做不必要的檢查或治療，以提高服務量。此可藉由同儕團體的壓力與督促而獲得改進。

（2）論人計酬制

即假設在同一醫師的病人群中，可以求得一合理的平均看病次數，並依照登錄的總病人數支付醫師醫療費用。一般說來，一個全職的醫師約有1500名病人，其好處爲容易控制成本且支付方式簡便，同時促使醫師注重預防保健，壞處則是與現行制度差異性太大，不易被醫師團體所接受。

參、公勞保現況

我國公勞保醫療費用支付制度，大致上採用論量計酬制，實際施行方式二者略有差異。

一、公保——點數制

民國79年1月，公保將69年公布實施的收費價格表作大幅調整，其中包括了診療行爲項目及支付點數的修正。即將原本醫療機構，按衛生署的評鑑結果重新區分爲四類：（準）區域醫院、地區醫院、未評鑑之醫院以及診所。（見附表）

類別／項目	區域醫院	地區醫院	未評鑑	
			醫院	診所
收費價格表1－3章	1元	1元	1元	1元
收費價格表4－15章	1.5元	1.3元	1.2元	1.1元
平均費用	250元	220元	220元	200元

＊收費價格項目表1－3章規定管理費（掛號費、診療費、病房費、住院護理費、伙食費、嬰兒費）、藥品及材料費、特殊醫療項目之點數；4－15章則規定其他診療行為項目。

二、勞保── 甲乙丙表

勞保診療費用支付採用甲乙丙表，其制度的基本原則有以下三項：

1.評定診療行爲項目的相對難易度，以作爲各項目相對點數之標準。如手術費及處置費以闌尾切除術爲標準。

2.分級醫療的原則。

3.同工同酬的精神。

甲乙丙表的給付項目包括有基本診療和特定診療：

1.基本診療── 掛號費、診療費、病房維護費、住院維護費、膳食費及癱瘓病人作業費。

2.特定診療── 檢查、X光、藥劑、注射、復健、精神科、處置、手術、牙科、輸血、石膏繃帶及麻醉。

肆、全民健康保險的規劃

根據衛生署全民健康保險研究計畫專案小組的第一期規劃，以及立法院原生會所擬的「全民健康保險法」草案中，可以約略窺見未來我國實施全民健康保險後，醫療費用支付制度的面貌。

規劃的原則有以下三點：

一、整合現制，建立單一管道的支付制度。

二、預先設定醫療費用的預算總額。

三、設立醫療費用協定委員會，預先設定每年合理的預算總額、支付基準及支付率。

在此原則下，由醫療費用協定委員會（其組織架構如附圖）於該會計年度開始前，協定全年度的費用總額、分配原則、支付基準和支付率。主管機關對上述的協定保留裁核權，但協定委員會若於當年3月1日仍未達成決議，則由主管機關裁定之。一般認定，醫療費用總額之設定基礎應包括以下九項：

一、國內生產毛額

二、前年度醫療費用總額

三、保險人口數

四、醫事服務成本

五、人口年齡結構

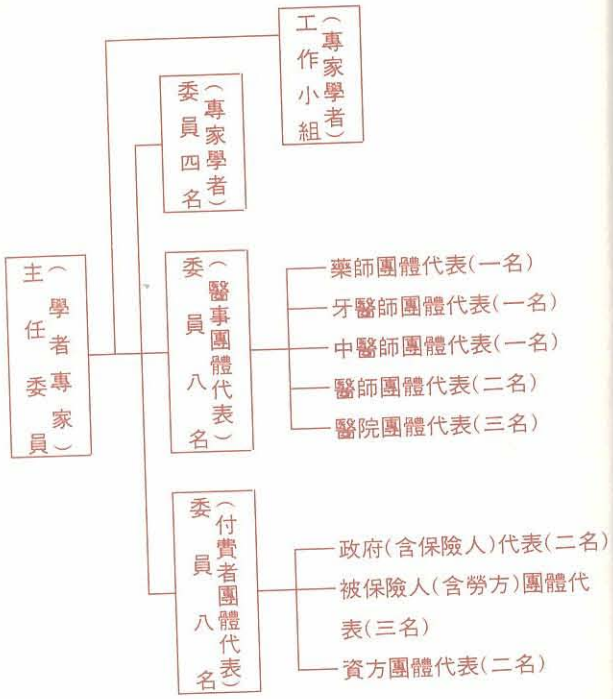
六、醫事服務量與品質

七、醫事服務生產效率

八、保險給付範圍、項目及水準

九、醫事服務審查經費

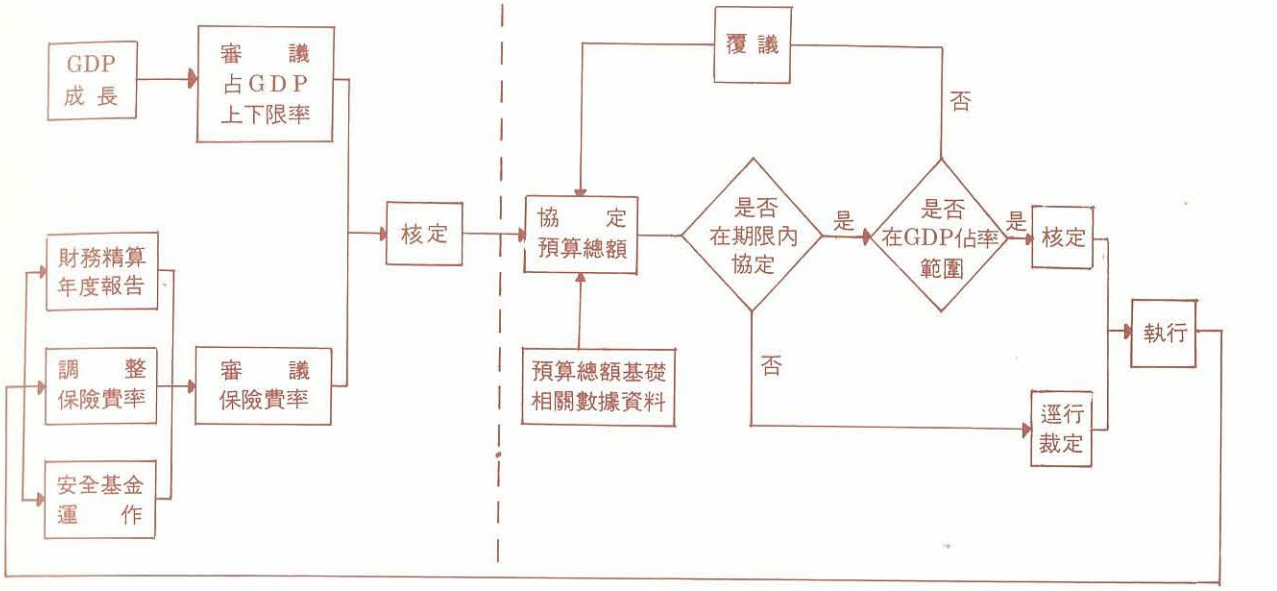
醫療費用協定委員會組織架構



其中保險安定基金，每年按費率計算公式中之安定基金比率收取，其上限爲當年3個月之保險給付總額，下限爲當年1個月之保險給付總額。而財務監理委員會由政府相關部會首長組成，由財務部長擔任主任委員。委員會的工作包括審議保險費率和保險安定基金，訂定保險醫療費用預算總額佔國內生產毛額比率，審查年度保險財務狀況及精算報告等。

醫療費用每3個月申報並結算1次，保險醫療機構必須在每季結束後15天內提出費用申報，其金額結算依據該季審查後之服務總量，訂定該季之每點數的支付額，申報30日內暫付95％，並於次

預算總額制度運作流程



季屆滿後1個月前結清。

至於預算總額的分配，目前較可能將全國分爲6個醫療區域，每個醫療區域的住院醫療支付和門診服務報酬以不同比率分配，其中門診部分再細分爲醫師、中醫師、牙醫師、藥師4個部分的分配比率；亦即門診服務報酬的預算總額將分成24個部分。倘使某醫療區域中，該年牙醫師診療報酬分配得360億元，則每季平均分配額爲90億元，其與經審查後的總點數之商，即爲每點實際金額。預算總額分配的演算方法如下例：

預算總額分配演算示例

季別	（A）當季分配總額（億元）	（B）申報總點數（億點）	（C）前季每點金額（元）	（D）暫付率（%）	（E=BxCxD）暫付總額（億元）	（F=A−E）分配與暫付差額（億元）	（G）審查後總點數（億點）	（H=A/G）實際每點金額（元）	（I=GxH）I=A 實際應付總額（億元）
1	90	92	1.00	95	87.40	2.60	81.8	1.10	90
2	90	90	1.10	95	94.05	△4.05	85.2	1.06	90
3	90	87	1.06	95	87.61	2.39	85.5	1.05	90
4	90	89	1.05	95	88.78	1.22	87.4	1.03	90
合計	360	358			357.84		339.9		360

339.9 / 358＝0.9494

伍、國際比較

一、德國—— 總額分配制度

德國參加保險特約的醫師，其診療報酬由各部保險、醫師協會與各疾病基金會議定報酬總額之後，再行統籌分配。一般分成兩個階段進行：

第一階段：由疾病基金會支付報酬總額給保險醫師協會。報酬總額乃根據各疾病基金會、全國聯合會與聯邦保險醫師協會所簽訂的「診療契約」中的報酬單價作爲計算基礎。報酬單價則由雙方視物價上漲率、薪資上升率、疾病基金會支付能力、開業醫師經營情況、被保險人年齡性別結構、給付項目的增加及給付水準的提高等因素調整之。

第二階段：保險醫師協會按一定基準及每一保險醫師的實績比例，分配其診療報酬。此基準由1965年實施的「醫師收費基準」所規範。其主要的內容包括兩部分：第一部分規定醫師基本業務的報酬、醫師一般診療行爲的報酬及特別加給；第二部分規定特殊醫療行爲的報酬，當中又細分爲一般行爲、內科、小兒科、皮膚科、外科、麻醉科、整型外科、婦科、產科、眼科、耳鼻喉科、泌尿科、口腔外科、神經科、精神科、物理治療、檢查及放射線等。

保險醫師於每季終了後十日內，將就診單及報酬申請書彙送當地保險醫師協會的支付所。因審核費時，故由協會先依上一季實績預撥25％的費用給保險醫師。

二、英國—— 家庭醫師制度

英國採行的國民保健服務，可分爲三大部分，即醫院與專科醫師服務、開業醫師服務以及社區保健服務。醫師也因此分爲三類：

1.駐院醫師—— 有初級實習醫師、高級實習醫師、登記醫師、高級登記醫師及顧問醫師。

2.一般家庭（牙）醫師—— 有主任醫師、助手及見習生。

3.社區保健醫師—— 其中以擔任初級預防及醫療的家庭（牙）醫師最爲重要。英國現有97％以上的人口接受家庭醫師服務，全國共設90％家庭醫師委員會，負責管理開業醫師及有關契約事宜，由15名開業醫師、11名當地衛生局官員及4名地方政府官員所組成。

英國現行的醫師報酬，主要基於1966年制定的「醫師憲章」的精神所訂定，而根據1983年4月公佈的家庭醫師支酬辦法中的主要項目如下：

1.基本開業津貼。

2.基本開業津貼的特別補助額：

（1）在指定地區開業者。

（2）聯合開業者。

（3）年功加算—依年資區分三階。

（4）參加專科醫師訓練者。

（5）僱用全日的助手者。

3.標準人頭報酬：

（1）未滿65歲患者。

（2）65至74歲患者。

4.時間外診療費：

（1）基本診療津貼加給。

（2）登錄患者在1000人以上者之人頭報酬加給。

（3）下午11時至上午7時求診加給。

5.畢業後訓練津貼。

6.公共衛生服務津貼。如預防接種、子宮癌抹片檢查等。

7.暫時居民診療費。

8.非登錄者亦非暫時居民急救診療費。

9.牙科止血費。

10.全程助產費。

11.一般避孕服務津貼。

12.子宮內避孕器津貼。

13.麻醉醫師費。

14.平均純報酬額。

三、日本—— 按點計酬制度

日本健康保險的診療報酬依各種診療行爲的難易程度，分別以點數評定價值，再根據每點單價，得出診療報酬。

1985年10月，由厚生省制頒新點數表，醫科方面分爲甲、乙表，甲表重技術評價，乙表較適用於以投藥、注射爲主的醫療院所，另外還有牙科專用表及調劑報酬計算表。診療報酬的決定，由保險人、被保險人、醫師藥師等代表，以及公益團體代表所組成的中央社會保險醫療協議委員會審議通過之後，呈厚生省大臣頒定。目前日本醫院選用甲表者約佔1／4，選用乙表者約占3／4；而診所選用甲表者不到5％，選用乙表者則高達95％以上。

至1988年爲止，點數表前後歷經23次修訂，修訂的原則不外乎以下幾項：

（1）縮小地區之間的差別待遇。

（2）尊重材料與技術的分離原則，加重技術項目點數。

（3）配合藥價基準。

（4）順應物價及人事費用變動。

（5）配合醫學進步，增訂新的診療項目。

陸、結語

綜觀各先進國家所採行的醫療費用支付制度，預算總額分配仍不失爲一可行的方式，而我國的全民健康保險也朝此一方向規劃。綜合以上所述，我們不難發現，預算總額分配的支付方式，對目前國內的醫療環境至少有以下五點幫助：

一、維持合理的醫療費用。

二、促進醫療資源的均衡分布。

三、提高醫療服務的效率。

四、降低全民健保行政體系的複雜程度。

五、有效地運用經濟誘因，改進現存醫療生態的弊病。

儘管預算總額分配制度具備許多優點，但仍有值得注意防範的問題存在，例如，保險體制如何增加醫療供給者從事初級預防保健服務的動機；醫療團體如何凝聚共識，維持醫療產業的社經地位，以及避免同業、不同業間的惡性競爭等，都是未來有待進一步研究的重要課題。

—— 1992.11.11

［參考文獻］

1.全民健康保險研究計畫專案小組：全民健康保險制度規劃技術報告，經建會，1990。
2.吳凱勳：健康保險概論，中國社會保險學會，1989。
3.蕭慶倫：全民健康保險國際研討會總結報告，行政院經濟建設委員會，1990。
4.藍忠孚、吳凱勳：勞工保險就診制度及醫療費用合理化之研究，行政院內政部，1984。
5.勞工保險診療費用支付標準表，台閩地區勞工保險局，民國81年。
6.公務人員保險特約醫療機構收費項目價格表，中央信託局公務人員保險處，民國79年。
7.全民健康保險法研究紀錄，立法院厚生會，民國81年。