

議題研析

一、題目：健保總額支付制度修法方向之芻議

二、議題所涉法規

全民健康保險法

三、背景說明

- (一) 臺灣各醫院以全民健康保險(以下稱健保)收入平均占80%且收費標準受衛生主管機關管制，受限於健保總額預算天花板，導致醫療從業人員長期低薪出走、新藥延遲進入臺灣市場、醫學生不願意選擇急重難科等問題發生，已造成醫療院所經營者龐大成本壓力；醫學界近10個團體發表共同聲明，為穩定臺灣醫療體系的永續發展，支持修法將健保總額支付制度由「支出上限制」轉為「支出目標制」¹。而醫療機構於總額支付制度下，被迫必須靠經營「美停企業」(美食街、停車場)等業外收益及推動自費醫療，始能維持醫院基本營運，亦損及民眾就醫權益²。
- (二) 為控制醫療費用上漲，健保自87年起分科別推動總額支付制度，91年7月全面實施。有關現行健保總額支付制度，依全民健康保險法(以下稱健保法)第60條規定，每年度之醫療給付費用總額，衛生福利部(以下稱衛福部)於年度開始6個月前擬定其範圍，經諮詢全民健康保險會(以下稱健保會)後，報行政院核定。同法第61條規定，健保會應於各年度開始3個月前，在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定健保之醫療

¹ 全民健保法修正草案 醫界支持，民眾日報，第A02版，113年5月3日。

² 洪子仁，健保改總額目標制 才能引領健康台灣，元氣網，113年5月13日，<https://health.udn.com/health/story/7421/7959525>，最後瀏覽日期：113年5月20日。

給付費用總額及其分配方式，報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，由衛福部決定。同法第62條則明定總額核算方式，具體言之，保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向健保署申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用；健保署應依分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用，並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用；而藥品費用經健保署審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。

- (三) 總額支付制度可分為³：1.支出上限制 (expenditure cap, 點值浮動)，即預先依醫療服務成本及其服務量之成長，設定健康保險支出之年度預算總額，每點支付金額是由預算總額除以實際總服務量 (點數) 而得，當實際總服務量大於原先協議之總服務量時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度健康保險支出費用總額。而透過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。2.支出目標制 (expenditure target, 點值固定)，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，當實際醫療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，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，以適度反映醫療服務變動成本，因此實際支出可能超出原先設定目標，若超出時，需有配套其他預算來源挹注，否則只得由健保安全準備支應。

四、探討研析

³ 衛生福利部全民健康保險會，總額支付制度問答輯，<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1696-2725-116.html>，106年2月，最後瀏覽日期：113年5月23日。

(一) 研議開源節流，以改善健保財務

目前醫學界支持之修法方向，係調整健保法所定健保總額支付制度，保障每點之點值金額至少有新臺幣(下同)0.95元或1元不等。惟經衛福部推估，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，經以近7年各總額預算成長率之中位數及國家發展委員會人口推估，預估未來補點值所需預算數，以補至0.95(元/點)為例，需額外挹注之經費，113年約需705億元、114年約需719億元、115年約需737億元，並且逐年成長⁴，由此可知，健保點值保障入法，對財政負擔之衝擊甚鉅，故健保財務面之改善，應儘速研議。可能考慮之方向，諸如：修正健保法第6條所定保險費率(6%)之上限，第31條、第33條、第34條所定補充保險費之範圍及稅率等。另可考量將部分總額項目改為公務預算支應，或於健保總額外，規劃設立新(癌)藥基金等。

(二) 研議強化各方關係人參與總額協商之效力

健保總額係採協商方式辦理，惟依健保法第60條及第61條所定程序，本保險每年度醫療給付費用總額，由衛福部諮詢健保會後，報行政院核定；而健保會應於各年度開始3個月前，在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報衛福部核定，不能於期限內協議訂定時，由衛福部決定。亦即，縱未能協議成功，最後由衛福部決定即可。依健保法第5條第4項規定⁵，健保會雖由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，兼具各方關係人立場，惟難謂有實質決定權。相較他國法制，重視社會保險之歐陸國家於法定健康保險

⁴ 衛生福利部，「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)，立法院第11屆第1會期社會福利及衛生環境委員會，113年5月6日。

⁵ 全民健康保險法第5條第4項規定：「健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。」

之支付及給付制度，比我國更重視民主協商過程，例如德國健保被定位為自治事項，並由聯邦健保保險總會與醫事服務提供者提供代表共同組成之聯邦共同委員會進行協商⁶。我國宜研議強化各方關係人參與總額協商之效力，以期更能完善健保制度。

撰稿人：黃兆儀

⁶ 醫事服務提供者自治團體包括聯邦健保醫師公會、聯邦健保牙醫師公會、德國醫院協會等，一般民眾則可透過6年1次之社會安全選舉選出參與自治事項運作之代表。參見楊哲銘，全民健保總額預算制度的正義基礎與未來改革之可能方向，月旦醫事法報告，第87期，113年1月，頁25。