由經濟政策觀點
檢視全民健保總額支付制度

周麗芳 陳曾基*

前言

一項還沒施行的政策，可能讓人股切盼目寄予厚望，也可能讓人難以苟同與興憂觀望。

我國全民健保制度改革中，設計有兩大抑制醫療費用成長的機制，在被保險人方面為部分負擔（全民健保法第三十二條至第三十八條），在醫事服務提供者方面則為總額支付制度（全民健保法第四十七條至第五十條）。以門診醫療為例，現行部分負擔包括一般就診部分負擔（依就診場合所而有差異）、藥品費用部分負擔（依單次藥品費用額度而有差異）與高診次部分負擔。若再加上允許醫療院所自行收取不等額度的掛號費，我國民衆門診就診的費用部分負擔比率不可謂不高。去（1999）年此時，部分負擔課題喧騰一時，相關機關單位由新制實施之前的信誓旦旦，到實施之初的樂觀其成，而今少有人復提此事。新制部分負擔或許有其抑制效果，健保費用高居不下、不爭的事實。新制部分負擔的相影響何？並非本文主題，留待學術界評估。

事實上，總額支付制度始終都在相關單位的規劃中，從最早十餘年前行政院經濟建設委員會的前期全國健保制度規劃，到立委於全民健保制度法，即今（2000）年，其新法仍宣示前程，逐步展開實施。一門診診額支付制度，已於1998年7月1日起試辦名義實施；中醫診師門診額支付制度，亦於2000年7月1日上路；西醫基層診師額支付制度及醫院額支付制度（含門診診），均依原定計畫，擬於2001年中實施。

總額支付制度不僅在行政部門方面共識較大，在立法部門方面，亦未遭受反對的阻礙。從最早1994年全國健保法的立法過程，到近年兩年各黨各派的各種修法提案中，總額支付制度甚為之人議論的條文。

國立政治大學財政系
台北榮民總醫院家庭醫學部*

爭議較少的可能原因在於：總額支付制度係著眼於供給面的量與價，特別是總額，與被保險人是間接相關。至於醫事服務提供者方面，則未見激烈抗爭，也可能是：（一）詳細實施內容與時程並不明確；（二）供給者是異質的（例如：西醫，中醫與牙醫，診所與醫院），彼此利益不盡相同，即使在同一部門中，每個體所處的市場位置亦有差異，例如：基層診所不同專科別或同一專科中生產力不同者；（三）習於各種行政管理制度。

總額支付制度的中外文獻並不多見，我國經濟學界對此議題的探討亦屬鳳毛麟角。值此新人新政與全民健保體制改革之際，實有必要以經濟觀點，特別是從經濟政策的角度，審視此項預定全面實施的制度。

總額支付制度的內涵

健康保險總額支付制度，又稱「總額預算制度」（global budgeting），並無公認標準的原型（prototype），被指稱實施制度的國家，其執行方式與適用範圍等構架互有差異，造成學界討論上的困擾。若依全民健保法第四十七條至第五十條的規定，總額支付制度的基本精神應是：政府或主管機關事先估計核定下一年度全國健保醫療支出總額，保險人據以支付予醫事服務提供者，至於醫事服務提供者與被保險人的協商，只不過是在擬定總額額度與其分配方式的建議，提供主管機關（衛生署）參考（法律用語為「核定」及「裁決」）分配方式等細節。全民健保保險法倒是四處可見「得」規定，保留諸多彈性空間。除了藥品及診療項目，醫療服務的點診（每點診額）係回溯計算，然而決定各項服務相對價格的支付標準，其訂定細節，不論是價格種類的選取，或是計算基礎（論項目per item of services、論例per case、論人per capita等）的認定，亦非一成不變，得由當事人共同協商。

關於我國全民健保總額支付制度的詳細內容，可參見醫療費用協定委員會新近出版的手冊*以及衛生
署的規劃報告。本文作者亦曾為文探討總額支付制度的機制。此外，總額支付制度可劃分為兩大階段：協商總額的額度與決定總額的分配；本文作者亦曾分別介紹國內制度兩大階段的運作情形。

在總額支付制度的討論中，常見觀念的混淆，有必要加以釐清：公務（或部門）預算並不等同總額預算，特別是在公設制度的國家與公立醫院部門。其間的差異，除了法令適用與行政技術不同外，應可分成兩要點討論：（一）權限：公務預算係由下而上地編列財政，編列單位可至最小行政層級，編列項目數額繁多，於此之外，亦允許適度地彈性應用經費；總額預算則以大部門與大區域為界，通常不考量個別單位的情況。（二）保障：公務預算預算分割人事費用與業務費用，保障個別單位之需求；而總額預算則在業務費用不受影響，不受業務費用影響與外界競爭之競爭評估影響；總額預算之預算不考量各業務之就業情況，足見，真正的總額支付制度多適用於門診（自由醫院醫師）部門，較少適用於醫院部門。

總額支付制度的行政觀點

由公共行政的觀點來探討總額支付制度，可由以下幾面向著手：

（一）總額支付制度的目的與必要性
（二）總額的型式
（三）總額支付制度實施方式
（四）總額的額度設定與調整
（五）總額的分配
（六）實施總額支付制度的影響
（七）總額支付制度的相關配套措施
（八）替補總額支付制度的方案

其中探討的不僅是「是否」（whether）採行總額支付制度，還包括「如何」（how）來執行。

經濟政策觀點的分析架構

本文嘗試以經濟政策的觀點來探討總額支付制度，首先要澄清的是：什麼是經濟政策及其（理論）觀點？

事實上，自亞當史密斯（Adam Smith, 1723-1790）以來，經濟學的研究不僅在追求新知，同時也是協助政策的決定，特別是在日常經濟問題上。十九世紀時，經濟學（economics）與政治經濟學（political economy）及經濟政策（economic policy）幾近同義。隨著時間推移，經濟學發展為純粹經濟學（pure economics）與應用經濟學（applied economics），亦即經學理論（economic theory）與經濟政策（theory of economic policy）分野的發展。

經濟政策一般又可分為兩種：一是關於社會經濟運作的政策，又稱為實務的經濟政策；另一是經濟學的觀點來探討政策，又稱為理論的經濟政策。前者為一般人所理解的經濟議題，後者則近似公共經濟學的範疇。不論何種，經濟政策探討的無非是：（一）政策的界限，（二）政策的可行性；此二者皆有濃厚的價值判斷，因而牽涉到政策決定的機制，包括基本共識的形成與遊戲規則的決定。此外，經濟政策的實際運作又可分為三個層次：目標，作法（工具）與評估（測量）。本文參考經濟政策文獻，試擬一流程圖（圖1），並據以分析總額支付制度。

簡言之，在民主與多元化的社會中，政策的運作應是透過民主參與和配置效率，使得市場不致被壟斷，權力得以維持動態的平衡，其中競爭要素扮演關鍵的角色，而競爭又制約市場機能與價格機制。以下數節將分別敘述相關環節的細節，並與目前總額支付制度的作法對照討論。

動態平衡

首先值得一提的是，控制醫療用成長不需也不應成為政策的主要目標，因爲它可以由價格整體與數量管理等行政干預的手段，甚至更簡化地訂定預算或分配（rationing）的作法，都可達成類似目標。只是中
長期的影響可想而知。性

眾所周知，總體政策規劃者與經濟個體所追求的
目標是迥然不同。總體政策規劃者希望市場維持穩定
且均衡，透過彼此間的競爭來讓市場參與者不致有太
多的超額利潤。經濟個體則追求佔有市場上的優勢，
在競爭中獨領風騷。事實上，在健康保險體系內，壟
斷的概念，對供需雙方各有所指。

目前中央健康保險局常被人詬病的是：在健康服
務的市場上，很多服務項目，健保局已成爲最大甚至
唯一的買主，其購買的決定與片片面価格的設定，往
往不受（非政治的）制約。反觀全民健康保險法等相
關規定，特別是（總額）支付制度與醫療費用發動委
員會的組織任務，醫療費用議題係應由被保險人與醫
療服務提供者承認對，而健保局只是單純的執行機
構與扮演幕僚的角色。顯然現階段實務的運作與立法
規劃理想，尚有很大差距。

民主參與

至於醫療服務的供需雙方，在談判支付議題時，
其最終決定是誰能達成呢？欲應用投票法則的不同規
定於公共政策上，前置條件為決定民主參與的架構
性，其中可分為幾個層面：（一）決策成員：被保險
人與供給者，包括第三者？（二）代表性：各方成員
的組成結構與比例？由原有的人民團體選出或另行物
色？選舉或委任？（三）談判層級：只由列名代表參
與？或是得票率代理人參加？（四）時程：是否全程
參與主導？還是只針對撇開單位提報方案做最終裁
奪？（五）決策權限：拍板定案？還是只由協同權或
建議權？

目前全民健康保險業務費用發動委員會係採合議
制，共有二十七名委員，包括醫事服務提供者代表九
名、保險保費代表八名、專家學者代表二名與相關主
管機關代表九名；其中提供者方面包括醫學所四名與
醫事人員公會代表五名，保險保費者方面包括資方三
名、勞方四名與消費者代表一名；絕大多數委員係由
既定機構及團體推派。姑且不論供需雙方委員的代表
性，主幹機構代表的定位與其它委員會的比例係引起外
界質疑。目前僅是健保費總額的三分之一左右係由各級
政府負擔（以補助方式或以雇主保險費型式），政府
代表應是佔付費者的三分之一，而非所有代表的
三分之一。況且費率的決定在法律上僅是建議性
質，一切仍待主幹機構（衛生署）裁決，政府有無必
要每一環節層級介入，而誤人以口實？其間外在成本
（external cost）與決策成本（decision cost）的折衷點

配置效率

配置效率

資源利用

服務

e.g. mobility subsidy

生產決定

生產效率

交易效率

消費決定

消費效率

（效用）

健康

圖2 資源配置的流程

為何，值得後續探究。

配置效率

總額支付制度的規管，希望透過集體協商來解決
消費者與供給者的利益衝突，另外在供給者方面，則
以提升自主權及藉由同僉約來促進醫療服務價量與
的合理提供，亦即希望資源的配置能更有效率。

事實上，資源的配置效率應包括三種組成：生產
效率、交易效率與消費效率（圖2）。

目前全民健保在支出上，往往以生產為導向，利
用支付價格來導引生產決定，同時也利用生產效率來
調整支付價格；在消費者方面，則以提高需求的滿足
（被保險人對健保的滿意度）為首要目標。是以，各
大醫院積極擴張，爭取病人，利用經濟規模來提高生
產效率：被保險人雖然沒有交通補助，仍可自由選擇
不同等級醫療院所，接受中西合璧治療，效用得以極
大。然而，對整體社會而言，交易效率可能大打折扣。

資源配置不應只是著眼於短期成果，也應考量長
期影響。即即測量配置效率時，在需求面除了調查滿
意度外，也需監控服務利用量與結構（內容及地點）
的改變，在供給面則了觀察生產效率外，也需注意投
資行為的改變。

醫療費用總額的訂定標準，並未在全民健康保險
法中明確規範，一般可能採取的觀點為：（一）財
務：純粹以保費收入為導向，或是收支並重。（二）
生產面的資源配置：特別是基礎架構（infrastructure）的建設，包括醫事人員（勞動力）的養成、資本的促進與規範，以及由此研究創新潛能發展的環境。(三)需要（need）：包括總體需要、個別計畫（program）與區域的需要，以及達成滿足需要所應具備的供給結構。

目前總額支付制度的實務運作，係以需額作爲分配總額（部門sector總額及其次的區域regional總額）的基準。不同於個體主觀的需求（demand），在衛生行政上的需要（need）係經專家認定合理必要的使用，與真正的實際使用（utilization）並無絕對關係。需要的測量操作上，人口結構（統計、年齡與性別分別、罹病情形）的變動亦是較少爭議的；至於個體需要的認定，由於包括基本需要以及消極財（merit goods），比較量化化；此外，在供給結構方面，特別是區域間的差異，供給者的量與質相較為較低，空間與時間上的可及性（accessibility and availability）則較難評斷。

競爭

眾所皆知，競爭只是手段或機制，並非目的；此外，競爭不只存在於自由經濟制度內，管制經濟制度亦可能擁有不等型式及程度的競爭。在醫事服務的市場裡，沒有自由競爭（free competition），因爲供給者無法自由進出市場，也沒有完全競爭（pure or perfect competition）。因爲每個供給者的市場位置並不相同，其所提供的服務項目種類亦不一致，其對市場競爭的反應能力亦有差異。此外，在總額支付制度下，競爭又可分為兩個階段：（一）供給者與需求者集體協商總額的額度；（二）所有供給者分配（競爭）所核定的總額。

目前全民健康保險法對於總額支付制度的規範，除了第一階段的總額外，第二階段基本上是採取論量計酬（fee for service）的方式，至於計量單位則視支付標準而定。此種規劃類似共有財產資源（common-property resources）的制度，其特點包括：（一）成員（醫事服務提供者）共同持有總額（jointness in case）；（二）所租付的金額無法再由他者申請（subtractability）；（三）總額難以立即分割，往往需共同管理（indivisibility）；（四）非所屬成員與非經議定程序，無由動支總額（excludability）。

不容忽視的是，市場是動態的，供給者的行爲也往往因應改變（圖3）。政策對供給者的影響，又以市場結構與機能及價格機制最為重要。此外，競爭除了

![圖3 政策對供給者影響流程](修訂自文獻13，頁192)

帶動配置效率與弭求總體費用維持穩定外，其對所得分配（不論是供給者或需求面）及醫事部門的成長（吸引更多私部門的勞動與資本資源投入）的影響亦應列入考量。

市場機能

醫事服務市場如同大多數的貨品市場，絕非自由市場，而是寡占市場（oligopoly）。不論規定，此一市場依據服務項目與供給者不同，尚可細分為多種次市場，有些服務的提供者則是獨立互斥的，例如中醫、西醫與牙醫，有些供給者只能提供一部分服務項目，有些則提供各種服務，例如牙科診所與牙醫中心。在此寡占的市場中，台灣早已可觀察到別於傳統共會組織的結構（coalition）現象，例如基層醫師協會、醫學中心協會、私立醫療院所協會等。至未來全面實行總額支付制度後，仍會有如同個體經濟學理論描述的勾結（collusion）現象，甚至進而互相欺瞞（cheating）及瓦解（collapse）的情形，則是需當學術與政策意味的課題。
樊沁萍教授等提出，曾經利用賽局理論的納什均衡（Nash equilibrium）推導並進行實驗佐證，在支出上限（expenditure cap）下，服務提供者合算在支出目標（expenditure target）下來得更多。此一結論倘若符合一般思考邏輯與實務觀察，至少於量的增加，固然不確定的價格與付費間的相對關係是主要原因，恐怕調量計酬（精確地說應是醫療服務項目計酬payment per item of services）的設計才是根本原因。個別醫師的服務費若是採取論人計酬或論例計酬（Diagnosis Related Group，DRG），病人與病例的增加相較不易由醫師掌控，在既定或有限的費用下，相信服務項目量應會自動節制。此外，服務供給量增加代表生產效率增加，然而是否資源配置更有效率，值得商榷。

總額支付制度的實際運作，不應一成不變的，可能在不同時段交替實施支出上限制與支出目標制，也可能在同一時段內混合實施兩種措施。一般認為總額支付制度下，醫事服務提供者將會發揮同價約制的效果。事實上，同價約制未必源於總額支付，而應是醫事團體能夠自主分配總額的設計所致。

價格機制

價格的種類包括市場價格、官定價格、議定（談判）價格、招生價格與成本價格。在醫事服務市場上，不少人強調成本價格；然而，即便以成本為基準來定價，價格常依時、空、生產結構與利用數量等條件而異，相關服務基準求得全國統一的價格。不同的服務項目，其固定與變動成本並不相同，對市場變動的反應遜異，加上每個供給者提供的服務項目組合亦互有差異，總額支付制度的回溯性計酬方式，也可能造成某些供給者在某些服務項目下的支付金額不敷實際成本，或是較為無利可圖，而有過度行為，其結果是分工與資源配置更有效率，還是改變區域需要的生產結構？

即便進行大規模的成本調查，精算出各種服務項目相對價格（支付標準fee schedule），面對動態的市場反應，必須及時調整，必須以傳統方式來調整。

由於制定價格的複雜與棘手，在醫事服務第三人付費的市場中，姑且不明價格黑洞的非醫療院所大者恒在的情形愈發明顯。足以，有些國家對於近乎特許行業的醫學部門，尤其是公立與公益部門，係採取個別議價的方式，另訂評估標準。

結語

經濟學家常被詬病：只要教會騙論「供給」與「需求」兩個詞，就可以當經濟學家。事實上，另一說：「誠實為上策（Honesty is the best policy.）」也滿符合經濟學家的口頭禪，亦即「資訊」與「透明」（information and transparency）；唯有充分的資訊，市場的參與者才能有正確的判斷與決策。六年前，中央健康保險局開始將所有治療費用申報資料與相關檔案，交由國家衛生研究院，建立全民健康保險資料庫，開放各界使用。在資訊透明化方面，目前難以如期實現。最後，在總額支付制度的討論中，往往只是侷限於醫事服務提供者方面的競爭，什麼時候競爭也可適用於保險人方面，將被保險人能夠自由選擇保險人呢？

後記

本文初稿曾於2000年6月16日中央健康保險局與國立台北大學財政學系合辦的「全民健康保險體制改革政策研討會」中發表。感謝中央健康保險局財務處經理鄭文輝教授的評論與指導。

註：美國文獻將總額支付制度分為兩種模式：
（一）支出上限制：固定年度總預算，每單位支付金額（點數）係由總預算除以實際總服務量（點數）而得；（二）支出目標制：設定年度總服務量的上限，在此之間的服務依固定點值支付，超過上限部分的服務則折扣支付。

參考文獻
1. 全民健康保險醫療費用協定委員會（編）：全民健康保險醫療費用總額支付制度試辦政策（草案）台北市，全民健康保險醫療費用協定委員會，2000。
2. 行政院衛生署：牙醫總額支付制度試辦計劃（草案），1998。
3. 行政院衛生署：中醫診斷總額支付制度規畫，2000。
4. 鄭麗芳、陳進基：探究健康保險總額制度。台灣醫學，1994:42:133-120。
5. 陳進基、鄭麗芳：德國健康保險採用診療療程計費制度分析（上、中、下），台灣醫學，1993:36:27-30,117-120,196-199。
8. Twaddle S, Walker A: Programme budgeting and marginal analysis: application within programmes to assist purchasing


