

# 監察院110年度通案性案件調查研究報告

## 壹、題目：我國歷來公辦醫療保險之財務評估分析、支付基準建立、及支付項目涵蓋之決策過程調查

## 貳、結論與建議：

諾貝爾獎得主經濟學家保羅克魯曼曾稱許臺灣全民健康保險(下稱全民健保)是全世界最好的制度，根據衛生福利部<sup>1</sup>(下稱衛福部)全民健康保險署<sup>2</sup>(下稱健保署)統計，110年全民健保滿意度達到91.6%，突破九成，創歷史新高。但，滿意度能如實反映民眾的就醫品質與健康狀況？全民健保支付制度的設計是否已嚴重影響醫療生態？全民健保自84年3月1日開辦，統整勞工保險(下稱勞保)、農民健康保險(下稱農保)、公務人員暨其相關保險(下稱公保)……等公辦醫療保險制度，其中支付制度及標準幾乎全然沿襲當初勞保的設計，勞保於79年10月全面實施「勞工保險診療費用支付標準表(甲乙丙表)」(下稱勞保甲乙丙表)，當時台閩地區勞工保險局<sup>3</sup>如何研訂之？是否契合臨床醫療的運作成本與方式？「全民健康保險醫療費用支付標準」<sup>4</sup>(下稱支付標準)沿襲勞保甲乙丙表至今，究有何檢討改善等，均有深入調查研究之必要。因之，本通案性調查研究主要透

---

<sup>1</sup> 行政院衛生署(下稱前衛生署)，民國(下同)102年7月23日，依照政府組織再造規劃，改組升格為衛福部。

<sup>2</sup> 84年1月1日，因應全民健保即將實施，前衛生署成立「中央健康保險局」；99年1月1日因「行政院衛生署中央健康保險局組織法」施行，更名為「行政院衛生署中央健康保險局」；102年6月19日衛福部成立，中央健康保險局改組為「衛生福利部中央健康保險署」。由於本調查研究涉及公辦醫療保險演變歷史，年代範圍較大，為利於表述，關於102年6月19日以前論及之「中央健康保險局」、「行政院衛生署中央健康保險局」等均統稱為前健保局，102年6月19日以後者，統稱為健保署。

<sup>3</sup> 我國於47年立法通過「勞工保險條例」，49年4月16日正式成立「臺灣省勞工保險局」(59年，勞保擴大實施至金門、馬祖，更名為「台閩地區勞工保險局」；84年全民健保開辦，再更名為「勞工保險局」，以下均統稱勞保局。

<sup>4</sup> 102年1月1日「全民健康保險醫療費用支付標準」更名為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。

過公辦醫療保險制度之演變，從醫療保險財務及支付標準之建立過程，回顧健保支付制度及標準的設計是否妥適，並調查研究政府面對此制度之建立、檢討、困境及相關因應對策與執行成效。

按經本院於110年10月向勞動部、銓敘部、行政院農業委員會(下稱農委會)、衛福部及健保署等調閱早期勞保、公保、農保及健保等公辦醫療保險制度相關卷證；復於111年1月調取健保署歷年來修正公告支付標準之情形，並研析歷次修正內容等；嗣於111年2月由勞保局、銓敘部、農委會及衛福部與健保署等到院簡報案情並提供卷證資料；再於111年1月、4月及7月陸續諮詢全民健保第一期、第二期規劃專家學者、北部及南部醫院代表等，以還原全民健保規劃時背景、財務狀況及支付制度設計，並瞭解醫院體系於勞保、公保及農保時期之營運方式及費用洽定情形；續於111年6月邀集衛福部與健保署到院第2次座談會議。經過以上迭次辦理調卷、函詢、諮詢、座談及蒐研相關文獻，業調查研究竣事，茲將結論與建議分述如后：

- 一、全民健保醫療費用支付標準為全民健保政策的核  
心，惟全民健保政策實施前，竟未經審慎研訂而全然  
沿用從未進行成本分析的勞保甲乙丙表，即倉促於84  
年3月1日實施，支付標準的籌劃與制定作業，顯過於  
粗糙。之後前健保局雖曾於93年導入「臺灣版資源耗  
用為基礎的相對值表(Resources-based Relative  
Value Scales)」，但結果難具準確及客觀性，且終未  
能全面推動。要言之，全民健保實施迄今已逾27年，  
健保署遲未能確切且全面針對支付標準所列的醫療  
項目，進行成本分析檢討，亦未檢視支付標準項目與  
分類之合理性，確有欠妥。

(一)「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(下

稱支付標準)之法源依據：

按83年8月9日總統(83)華總(一)義字第4705號令制定公布之「全民健康保險法」第50條第1項及第51條第1項分別規定：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」、「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。」爰此，前健保局於全民健保開辦前訂定「全民健康保險醫療費用支付標準」，並據以支付醫療費用予合約醫事服務機構。

(二)全民健保於84年實施，整合勞保、農保、公保等多項個別公辦醫療保險，但開辦時之支付標準全然沿用勞保甲乙丙表：

1、全民健保開辦前背景：

(1) 個別醫療保險制度之狀況：

〈1〉 投保人數：

在全民健保開辦之前，勞保、公保及農保等為國人醫療保險制度之主要三大體系，主要採用綜合保險方式，對於生育、疾病及傷害事故等提供保險給付。關於全民健保開辦前之投保情形，據衛福部查復資料<sup>5</sup>，自勞保及公保開始辦理醫療保險後，投保人數呈逐年增加趨勢，依84年2月底止之統計結果，勞保投保人數占總人口比率為8.48%，公保則為39.70%，農保為8.21%，如再加上其他的疾病保險制度，投保人數涵蓋率為57.08%。換

---

<sup>5</sup> 衛福部110年12月8日衛部保字第1100145163號函。

言之，全民健保開辦前，勞保、公保及農保等13種保險之被保險人數及部分眷屬超過1,000萬人，約占台閩地區全人口之57%，詳如下表。

表1 勞保、公保及農保等三大體系保險投保人數及占率

單位：人；%

年底別	總人口數	各種保險投保人數占總人口百分比				
		合計	勞保	公保	農保	其他
39年	7,554,399	1.70	1.70	-	-	-
49年	10,792,202	4.43	4.43	1.89	-	-
59年	14,675,964	8.21	6.17	2.04	-	-
69年	16,149,702	11.83	9.56	2.27	-	-
79年	17,805,067	16.71	14.26	2.45	-	-
89年	19,258,053	25.47	21.03	3.92	0.52	-
99年	20,352,966	47.32	33.67	5.30	7.72	0.63
84年2月	21,196,205	57.08	39.70	8.48	8.21	0.69

備註：

1. 本表不包括軍人保險被保險人數。
  2. 公保包括私校教職員、退休公教人員及其眷屬等相關保險。
- (資料來源：衛福部)

## 〈2〉財務狀況

### 《1》勞保：

84年度(83年7月1日至84年6月30日)勞保收支結餘為新臺幣(下同)145億5,791萬餘元；另截至84年6月30日止，勞保責任準備金為810億1,856萬餘元(普通事故)、保留盈餘為553億2,703萬餘元(普通事故419億9,411萬餘元、職業災害133億3,292萬餘元)<sup>6</sup>。

### 《2》公保：

<sup>6</sup> 資料來源：勞動部110年12月10日勞動保3字第1100140843號函。

公保於47年9月開辦，銓敘部表示，公保保險項目包括現金給付及醫療給付二大部分，採綜合費率制，並未訂定分項費率，爰個別財務盈虧難以分項界定；統計至83年底止，累計虧損達406億餘元<sup>7</sup>。

### 《3》農保

自74年10月起試辦，農保虧損逐年增加，84年度(83年7月1日至84年6月30日)財務虧損計146億餘元<sup>8</sup>。

## 2、全民健保開辦經過：

(1) 我國於84年3月1日實施全民健保，本案特地諮詢全民健保第一期及第二期規劃者，還原全民健保開辦之背景，主要論述如下：

〈1〉當時規劃全民健保時，行政院提出3個問題，第一：什麼是全民健保？第二：是否有足夠的醫師？第三：國家財務是否負擔的起？全民健保政策當時設定3個目標，第1是保障就醫權利(提供全體國民適當的醫療保健服務，以增進其身心健康)，第2是總體經濟效力【控制醫療費用於(社會可負擔)合理範圍內】，第3是個體經濟效率(有效利用醫療保健資源-改善國民健康，合乎成本效益)。

〈2〉勞保是綜合保險，採用綜合費率計算保費，涵蓋長期保險(年金)、短期保險(醫療)，因為沒有分帳，雖然帳上都有盈餘，但無法釐清醫療部分的支出。另外，農保的部分，當時一年虧損約150億元，而且虧損逐年增加，

<sup>7</sup> 資料來源：銓敘部110年12月9日部退一字第1105398613號函。

<sup>8</sup> 資料來源：農委會110年12月8日農輔字第1100246370號函。

在全民健保第一期規劃時，就先統計農保、勞保及公保等被保險人人數、眷屬人數，另規劃就剩下的族群(老年人、孩童、無工作者……等)開辦另一個健康保險，估算的結果僅剩7%的人口，因此決定不需要為這7%的人口再另設健康保險，這也是為什麼全民健保原規劃89年開辦，後來提早至84年。

- 〈3〉在全民健保第一期規劃時，考量各國全民健保之財務虧損之主要原因是多元保險人制度，因此建議我國的公保、勞保、農保等各保險需要整合。勞保局當時估算約有72萬人符合退休條件，退休金約需2,000餘億元，但當時只有1,000餘億元的準備金，因此若可補足退休金額度，勞保中的醫療保險就可以切離至全民健保，後來政府即同意朝此方向辦理。(但後來需要補足該1,000餘億元缺口的事情也沒有發生，因為72萬符合退休資格的勞工中，有一部分沒有選擇馬上退休，另外，全民健保第一期規劃時決定眷屬也需要付費，因此有補足一定的資金。)
- 〈4〉全民健保第一期規劃時，有兩個重點，第一是保險費分攤的比率儘量一致，例如，勞保制度時，勞工原本自己要負擔20%保費，改為全民健保後則要負擔40%，雇主負擔60%；第二是眷屬也需要付費。
- 〈5〉全民健保的設計，當初就定位為社會保險，被保險人必須繳交保險費，不是社會福利，既然是保險，財務規劃很重要，當初在第二期規劃的時候，就以「量出為入」為準則，所以就要去劃定支出的範圍與項目，當時提

供的服務還包括預防保健，因此據以精算當時的保費費率（後來因為全民健保財務虧損，94年進行多元微調方案，將預防保健改以公務預算支應）。

〈6〉全民健保第二期規劃時，很重視醫療體系盤點，當時推估病床數是足夠的，醫師人數部分，考量其每星期工作時數長，所以醫師人數也算足夠，但服務時數如果縮段為40小時或45小時，則醫師人數就顯不足。另外，當時也有討論是否要學習國外的醫事人員輔助人力措施，例如專科護理師等，但後來討論後感覺不成熟，所以還是以醫師提供的服務為主力。

(2) 承前述，由於勞保、公保及農保等保險給付項目、保險費率、保險費負擔比率等皆不一致，此造成各保險之被保險人間權利義務有所差異；另全民健保開辦前5年(79至83年)，公保及農保財務皆呈虧損狀態，而勞保雖有盈餘，但勞保是綜合保險，尚內含勞保退休年金支付，因此潛在負債於收支結算中尚未納入考量。加以，保險行政分歧，承保機關不同，也就是保險人不同，另在於醫療服務端方面，對醫療機構之特約管理、支付標準、醫療費用審查機制及核付辦法等皆不相同，造成保險醫療機構及投保單位困擾，也影響被保險人之醫療受益；再且，尚有7%的人口未能納保，基於上述理由，政府開始規劃推動全民健保，並於84年3月1日實施全民健保政策。

### 3、全民健保開辦時之支付標準

(1) 關於全民健保開辦時，如何依據醫療院所層級

及服務項目予以支付費用？由於勞保是當時人口涵蓋率最高之保險，以勞保之診療費用支付標準觀之，原行政院勞工委員會於76年8月成立，77年2月3日修正公布〈勞工保險條例〉第51條規定：「(第1項)各特約醫療院所辦理門診或住院診療業務，其診療費用，應依照勞工診療費用支付標準表及用藥種類與價格表支付之。(第2項)前項勞工保險診療費用支付標準表及用藥種類與價格表，由中央主管機關會同中央衛生主管機關定之。」據此，勞工保險局訂定勞保甲乙丙表，並自79年10月全面實施。

(2) 查勞保甲乙丙列載之醫療服務項目計3,012項，而全民健保開辦時，除另增270項醫療服務項目外，其餘全沿用勞保甲乙丙表，此複核衛福部查復<sup>9</sup>：「全民健保醫療服務支付標準主要沿用勞保甲乙丙表，與甲乙丙表相較，除部分項目增加支付點數外，另新增項目計270項。」足可佐證。

(三)勞保甲乙丙表之研訂方式，係參考過去與各醫院洽定的價格並且選擇當中價位較低者為基準，後續與醫界協商時，如遇有不同意見再予以調整，各項醫療服務從未進行成本分析：

1、承上述，全民健保支付標準全沿用勞保甲乙丙表，至於勞保甲乙丙表之研訂方式及經過，說明如下：

(1) 39年臺灣省政府訂定發布「臺灣省勞工保險辦法」，開始辦理勞工保險，而醫療給付係於45年實施，先辦理住院診療，59年再加辦門診醫

---

<sup>9</sup> 衛福部110年12月8日衛部保字第1100145163號函。

療，而關於醫療費用的支付，一般醫院係依據內政部比照省立醫院標準訂定的「勞保診療費用支付標準表」支付，依據醫院類別不同，總共分為27個版本，當中，教學醫院並不適用，而是與勞保局個別洽定。此機制衍生大型、小型醫院的支付標準不同，大醫院間也各不相同，大型教學醫院給付採個別洽定，無形中造成大型醫院的支付金額較小型醫院高出許多，甚至同一個醫療項目，給付金額可能相差多倍<sup>10</sup>。

- (2) 為解決紛爭，勞保局自74年開始研訂勞保甲乙丙表，甲乙丙3個表各有不同適用對象，甲表適用於大型教學醫院、乙表適用於地區醫院，丙表則適用於一般門診診所，3個表加總計有3,000餘項，根據人體器官構造部位由上而下分門別類，把中英文名稱列出來之後，整個表的架構大致完成，接下來就是最敏感的價格，勞保局根據歷年資料，將各大醫院申報的價格填上去，每間醫院的價格高低各有落差，最後決定大型醫院各項收費以同級醫院的「最低價格」為準，草案完成出爐後，前勞委會、前衛生署與醫界代表等，針對各章節逐一開會討論，調整約1年，內部作業終告完成。此過程，曾有首長針對特定診療項目，刻意提高支付額度，可見研訂過程中，存有極大的人為操作空間。
- (3) 勞保局研訂勞保甲乙丙表大約花2年的時間，在研訂過程，蒐集很多醫院的支付項目及額度，其中項目最齊全的是長庚及馬偕體系醫

---

<sup>10</sup> 資料來源：摘述原行政院勞工委員會勞工保險局(2010年)「甲子紀事勞工保險60年」。

院，價格部分，就先參考價格低的來訂，後續再調整，因此勞保甲乙丙表沒有進行成本分析，係參考過去與各醫院洽訂的標準來研擬。

2、據上，勞保局於79年10月全面實施勞保甲乙丙表，而該表之研訂方式，係參考過去與各醫院洽定的價格並且選擇當中價位較低者為基準，後續與醫界協商時，如遇有不同意見再予以調整，可見勞保甲乙丙研訂過程，並未進行各項醫療服務之成本分析。

(四)健保局雖曾於93年推動「臺灣版資源耗用為基礎的相對值表 (Resources-based Relative Value Scales, 下稱RBRVS)」，但成本分析難具準確及客觀性，而據以修正之支付標準自難確切符合真實成本，且因並非所有醫療項目均適合當時設計的成本分析方法，故RBRVS並未能全面推動。要言之，健保署迄今仍未能確切針對支付標準所列的各醫療項目，進行成本分析：

1、依上，全民健保於84年實施，當時的支付標準，除另增270項醫療服務項目外，其餘全沿用勞保甲乙丙表，而勞保甲乙丙表之研訂方式，竟係以過往與各醫院個別洽定的給付金額偏低者為基準，再與醫界協商調整，各項醫療服務項目從未進行成本分析。至於全民健保開辦至今已逾27年，健保署曾否核實評估各醫療項目成本？查前健保局針對以醫師為主的手術項目，於93年7月曾導入RBRVS，當時函請各專科醫學會針對其主要手術章節訂出基準項目，並將該基準項目依據醫師投入的工作時數、困難度及風險等，訂定各項目之相對值，相對值越高者，表示醫師投入的工作時數、困難度及風險越高。然實際執行方

面，各醫學會並無專責人員與經費，且大多僅交由1至2人處理，難以核實評估各醫療項目之成本，加以分析項目繁多(用人成本、不計價藥材成本、直接的房屋設備折舊成本，以及加成作業費及行政管理成本等)，且各項分析並無客觀標準，大多僅能憑經驗大略填寫，故健保署所蒐得之成本分析表，未具準確及客觀性，而據以修正之支付標準自難確切貼近真實成本。

2、次查，前健保局為瞭解各醫療服務所需投入的成本，雖於93年導入RBRVS，整體調高外科手術項目支付標準計771項，另婦產科亦於95年導入相對值表，整體調高婦產科項目計114項。惟並非所有醫療項目均適合該套成本分析方法，尤其多數內科系的診療項目難以評估資源耗用情形，在推動項目有限情形下，各科醫療項目之串聯結果亦容有偏差，故RBRVS並未能全面推動。

(五)綜上，全民健保醫療費用支付標準為健保政策的核心，惟全民健保政策實施前，竟未審慎研訂而全然沿用從未進行成本分析的勞保甲乙丙表，即倉促於84年3月1日實施，支付標準的籌劃與制定作業，顯過於粗糙。之後前健保局雖曾於93年導入RBRVS，但結果難具準確及客觀性，且終未能全面推動。要言之，全民健保實施迄今已逾27年，健保署遲未能確切且全面針對支付標準所列的醫療項目，進行成本分析檢討，亦未檢視支付標準項目與分類之合理性，確有欠妥。

二、全民健保於84年3月1日開辦，支付標準全然沿用勞保甲乙丙表，且至111年5月24日止，雖歷經156次修正，然醫療給付項目仍存有名稱錯誤或不妥、項目相同但

支付標準不一、過時的操作術式及不合時宜與邏輯之設計，且自勞保甲乙丙表即有相同情況，亦即該等錯誤或不妥之支付標準，竟自79年沿用迄今，長達32年未檢討修正，健保署應正視並儘速研提改善方案。

(一)勞保甲乙丙表係以拼湊各大醫院的醫療服務支付項目，且僅在2年時間內密集研訂而成，因此不難發現多有支付項目名稱錯誤、重複、同一套作業卻拆分成細項，以及實質醫療服務內容相同但名稱卻相異等謬誤之處：

1、按77年2月3日修正公布之「勞工保險條例」第51條規定：「(第1項)各特約醫療院所辦理門診或住院診療業務，其診療費用，應依照勞工診療費用支付標準表及用藥種類與價格表支付之。(第2項)前項勞工保險診療費用支付標準表及用藥種類與價格表，由中央主管機關會同中央衛生主管機關定之。」據此，勞保局須依法訂定診療費用支付標準。

2、勞保局自74年開始著手研訂勞保甲乙丙表，研擬的方式係先行蒐集各大醫院的醫療服務給付項目，然後根據器官構造部位由上而下分門別類，此即為支付標準表之架構，最後定案的支付項目計3,012項。可見當時勞保甲乙丙表，係以拼湊各大醫院的醫療服務支付項目，且大約在2年時間內密集研訂而成，因此不難發現多有支付項目名稱錯誤、重複、實質醫療服務內容相同但名稱卻相異等謬誤之處。

(二)全民健保支付標準自84年2月27日公告至111年5月24日止，共計修正156次，惟仍有部分醫療服務給付項目名稱仍錯誤或不妥、項目相同但給付標準不一、處置與手術的分類錯誤、過時的操作術式、未

符合臨床實務邏輯項目……等現象：

- 1、全民健保支付標準自前衛生署於84年2月27日以衛署健保字第84010743號公告，至111年5月24日止，支付標準共計修正公告156次。
- 2、有關健保署歷年來對於支付標準修正之機制：
  - (1) 健保署可依全民健保特約醫事服務機構或相關學、公會對支付標準之合適性或正確性提出疑義及修訂建議申請，按程序辦理後續作業。支付標準檢討修正案之案源，除合約醫療院所或各學公會申請外，健保署在進行各項費用管控措施時，如執行專案審查、訂定監控指標、定期與醫界召開醫療費用共同管理會議，追蹤醫療院所費用申報情形，倘查有異常特殊申報情形及涉及支付標準釋示或修訂建議等，即辦理後續支付標準修正研議作業。
  - (2) 針對上述診療項目修正建議，健保署循「新增修訂診療項目流程」辦理，經徵詢專家及相關學會之臨床專業意見後，提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」（下稱專家諮詢會議），前述會議討論通過後，再提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」（下稱共擬會議）討論，通過後依程序預告，並陳報衛福部核定發布。
  - (3) 近5年(自107年至111年5月底止)，共計召開38場專家諮詢會議，共計提案171案(含討論案及報告案)，其中33案涉及診療項目修正，其餘為新增診療項目、醫療科技評估報告案及辦理進度追蹤案等。
- 3、惟查衛福部110年11月15日公告的支付標準，部分醫療服務給付項目名稱仍錯誤或不妥(例如：

65013B Multiple sinusectomy、Septomeatal plasty 65018B Unilateral 及 65019C Bilateral)、項目相同但支付標準不一(例如：66030B Excision of branchial arch cyst、88032B Excision of branchial cleft sinus or cyst)、處置與手術的分類錯誤(例如：56003C Tracheostomy 列屬「處置」而非「手術」)、過時的操作術式、未符合臨床實務邏輯項目(現血液學檢查係採套組檢驗同時檢驗R.B.C.、W.B.C.、Hb、HcT等，惟支付標準仍採單向計價)……等。再比對勞保甲乙丙表關於上述給付項目之情形，發現係自勞保甲乙丙表即有相同情況，亦即該等錯誤或不妥之給付標準，竟自79年沿用迄今，長達32年未檢討修正。

(三)據上，全民健保於84年3月1日開辦，支付標準全然沿用勞保甲乙丙表，且至111年5月24日止，雖歷經156次修正，然醫療給付項目仍存有名稱錯誤或不妥、項目相同但支付標準不一、過時的操作術式及不合時宜與邏輯之設計，且自勞保甲乙丙表即有相同情況，亦即該等錯誤或不妥之支付標準，竟自79年沿用迄今，長達32年未檢討修正，健保署應正視並儘速研提改善方案。

三、全民健保自開辦以來，醫療費用支付制度以論量計酬設計為主，導致醫療院所紛紛「衡量」服務，無疑增加創造醫療市場的誘因，亦使健保財務面臨虧損危機，雖然健保署後續推動論病例計酬、住院診斷關聯群支付制度、論質計酬及論人計酬等多元支付方案，惟範圍及成效相當有限，全民健保醫療費用，仍高達九成以上為論量計酬支付；甚至為避免醫療服務數量

化、切割化而設計的住院診斷關聯群支付制度，竟仍係以支付標準所列的各相關細項加總值為參考基準，可見全民健保整體給付制度的基礎仍在於支付標準，而醫療服務給付項目過細且傾向論量計酬的設計，不但未能符合臨床實務操作現況及邏輯，也容易將醫療導向「產業化」。

(一)全民健保的醫療支付以論量計酬為基準：

按83年8月9日總統(83)華總(一)義字第4705號令制定公布之「全民健康保險法」第50條第1項及第51條第1項分別規定：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」、「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。」爰此，全民健保開辦時主要承襲公保、勞保以論量計酬(Fee For Service, FFS)方式支付醫療費用，並訂定支付標準，以該標準列載的各項醫療服務項目，依提供次數(數量)予以支付費用。

(二)全民健保的論量計酬支付制度，易造成醫療的「衡量」現象，醫療費用急速成長，88年開始出現財務虧損現象，健保局為控制醫療費用於合理範圍內，於91年7月全面實施總額支付制度：

1、論量計酬支付制度係指按醫療院所提供之醫療服務項目，依支付標準的點數，「逐項」、「逐次」計費。此支付設計，會鼓勵醫療院所提高服務量，造成所謂的「衡量」服務，以增加院所收入，姑且不論過量的醫療服務對於病患是否合適，在全民健保財務方面之影響，84年保險給付計586.97億元，85年大幅提升至2,062.56億元，漲幅高達251%，且之後每年給付逐年增加，直到88

年開始出現入不敷出的情況，詳如下表。

表2 84-92年(總額制度實施前後)年度保費收入及保險給付情形

單位：新臺幣(億元)

	保費收入	保險給付	保險收支餘絀
84	758.72	586.97	171.75
85	2,406.79	2,062.56	344.23
86	2,411.41	2,298.31	113.10
87	2,536.13	2,489.70	46.43
88	2,669.23	2,782.80	-113.57
89	4,232.10	4,254.07	-22.97
90	2,908.70	3,017.88	-109.18
91	3,034.17	3,232.55	-198.38
92	3,277.74	3,357.93	-80.19

備註：84年統計資料為當年度3月至12月。

(資料來源：健保署)

- 2、由上得知，論量計酬的支付制度，導致醫療費用的急速成長，財務開始發生虧損情況，為避免避免重蹈公保、農保時期財務嚴重虧損的覆策，同時希望能將醫療費用控制在預算範圍內，促使醫療資源合理運用，前健保局於87年起分年逐步實施總額支付制度，由前全民健康保險費用協定委員會(下稱前費協會)在年度開始前，依據人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、相關健保政策……等因素，按部門預先協商及分配該年度之預算，首先於87年7月實施牙醫門診總額支付制度，89年7月實施中醫門診總額，90年7月實施西醫基層總額，91年7月實施醫院總額。總言之，

自91年7月起，全民健保全面實施總額支付制度。  
 (三)為避免醫療院所「衡量」服務，健保署陸續推動其他支付制度，惟成效有限，且多元支付制度的設計基礎仍在於「數量」：

1、歷年來全民健保所支付醫療費用之方式，以論量計酬支付制度為主，此基於醫療服務「數量」的給付方式，不管醫療服務提供後之成效，也引起各界紛論。因此，健保署依疾病別及相對應之醫療屬性，陸續推出其他支付方式，包括論病例計酬、論質計酬、論人計酬等，茲就各支付方式略述如下：

(1) 論病例計酬「Case Payment」：

〈1〉全民健保開辦時，支付標準主要沿用勞保甲乙丙表，但少部分項目嘗試以論病例計酬方式支付，例如自然生產及剖腹生產，後來陸續推廣大。因效益有效，前健保局自99年起逐步導入「住院診斷關聯群支付制度」(Diagnosis Related Groups，下稱Tw-DRGs)，99年1月及103年7月實施第1、2階段共計401項，後於109年再分類服務項目，目前3.4版Tw-DRGs共計1,068項。

〈2〉101至110年各年度Tw-DRGs醫療費用支出為264億點至414億點之間，占各該年度的總額比率約為4.8%至6.1%，詳如下表。

表3 101-110年各年度Tw-DRGs支付醫療費用及占率

單位：百億點；%

年度	當年度 總額(A)	醫療費用及占率	
		醫療費用(B)	占率(B/A)
101	529,634	26,417	5.0%

年度	當年度 總額(A)	醫療費用及占率	
		醫療費用(B)	占率(B/A)
102	553,128	26,491	4.8%
103	571,243	31,726	5.6%
104	590,546	35,863	6.1%
105	619,805	37,245	6.0%
106	654,516	38,431	5.9%
107	685,086	40,143	5.9%
108	715,187	41,292	5.8%
109	752,641	41,482	5.5%
110	783,554	39,855	5.1%

(資料來源：健保署)

## (2) 論質計酬(Pay for Performance)：

〈1〉為建立以病人為中心、以品質為導向的支付制度，前健保局於90年起陸續推動醫療支付改善方案，包括子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病及氣喘等，95年加入高血壓疾病，99年1月新增慢性B型、C型肝炎帶原者……等。除原有論量計酬項目外，透過「額外提供」管理照護費及品質獎勵金等誘因，促使院所提高照護品質，並定期主動追蹤病患病情，降低可避免的醫療支出。

〈2〉論質計酬的照護人數自105年112.9萬人成長至110年160.8萬人，個案參與率(照護率)自105年36.2%成長至110年44.8%。至於醫療費用情形，101年約為43億餘點，108年為54億餘點，110年則下降為49億餘點，占各該年度的醫療費用總額約為0.8%，惟109及110年則分別下降至0.7%及0.6%，詳如下表。

表4 101-110年各年度Tw-DRGs支付醫療費用及占率

單位：百億點；%

年度	當年度 總額(A)	醫療費用及占率	
		醫療費用(B)	占率(B/A)
101	529,634	4,328	0.8%
102	553,128	4,522	0.8%
103	571,243	4,565	0.8%
104	590,546	4,633	0.8%
105	619,805	4,825	0.8%
106	654,516	5,028	0.8%
107	685,086	5,170	0.8%
108	715,187	5,405	0.8%
109	752,641	5,321	0.7%
110	783,554	4,942	0.6%

(資料來源：健保署)

(3) 論人計酬(Capitation)：

〈1〉前健保局於101年曾試辦論人計酬計畫，以3種模式試辦3年，分別為「區域整合模式」、「社區醫療群模式」及「醫院忠誠病人模式」，並以虛擬總額點數方式計算參與團隊應回饋或承受風險的程度。共計8個團隊參加試辦，照護對象人數約20萬人。

〈2〉該計畫係以團隊最後節省的醫療費用成為獎勵，如費用超支，則試辦團隊需弭平財務缺口，惟因國內就醫自由，致團隊照護對象於試辦團隊內醫療利用不高，於3年試辦結束，有6家團隊有結餘，另有2團隊處於短絀狀態，每個團隊必須承擔短絀約600萬元，之後健保署未再辦理論人計酬計畫。

2、健保署雖陸續推動上述多元支付方案，惟各方案

所支出的醫療費用仍偏低，101至110年採用Tw-DRGs支付方式的醫療費用占各該年度的總額費用，長期以來約維持為5%左右；另採用論病例計酬支付方式的醫療費用占率則約為0.8%左右，109及110年甚下降至0.7及0.8%；而論質計酬支付方式，雖自90年推動迄今，涵蓋的疾病項目增加至11項，該方式的醫療費用逐年增加至16億餘點，但占各該年度的總額卻僅有0.1至0.2%，詳如下表。

要言之，全民健保開辦後，為避免醫療院所「衡量」的醫療服務，以及過於忽略醫療服務介入後成效評估的失衡現象，雖陸續採用上述多元支付方案，惟全民健保醫療費用支付，高達九成以上仍是論量計酬支付為主；且即使係為避免醫療服務數量化、項次化而設計的Tw-DRGs，健保署在研擬Tw-DRGs支付基準，仍係以支付標準所列的各相關細項加總值為參考額度，可見全民健保整體給付的設計基礎仍在於支付標準，此設計易將醫療導向「產業化」，確有不妥。

表5 101-110年多元支付方案之醫療費用及占率

單位：百億點；%

年度	當年度 總額(A)	Tw-DRGs		論病例計酬		論質計酬	
		醫療費 用(B1)	占率 (B1/A)	醫療費用 (B2)	占率 (B2/A)	醫療費用 (B3)	占率 (B3/A)
101	529,634	26,417	5.0%	4,328	0.8%	550	0.1%
102	553,128	26,491	4.8%	4,522	0.8%	628	0.1%
103	571,243	31,726	5.6%	4,565	0.8%	713	0.1%
104	590,546	35,863	6.1%	4,633	0.8%	865	0.1%
105	619,805	37,245	6.0%	4,825	0.8%	978	0.2%
106	654,516	38,431	5.9%	5,028	0.8%	1,089	0.2%
107	685,086	40,143	5.9%	5,170	0.8%	1,192	0.2%

108	715,187	41,292	5.8%	5,405	0.8%	1,417	0.2%
109	752,641	41,482	5.5%	5,321	0.7%	1,554	0.2%
110	783,554	39,855	5.1%	4,942	0.6%	1,698	0.2%

(資料來源：健保署)

(四)綜上，全民健保自開辦以來，醫療費用支付制度以論量計酬設計為主，導致醫療院所紛紛「衡量」服務，無疑增加創造醫療市場的誘因，亦使健保財務面臨虧損危機，雖然健保署後續推動論病例計酬、住院診斷關聯群支付制度、論質計酬及論人計酬等多元支付方案，惟範圍及成效相當有限，全民健保醫療費用，仍高達九成以上為論量計酬支付；甚至為避免醫療服務數量化、切割化而設計的住院診斷關聯群支付制度，竟仍係以支付標準所列的各相關細項加總值為參考基準，可見全民健保整體給付制度的基礎仍在於支付標準，而醫療服務給付項目過細且傾向論量計酬的設計，不但未能符合臨床實務操作現況及邏輯，也容易將醫療導向「產業化」。

四、全民健保每年各部門的總額預算，係以前1年度醫療給付費用為基期，再乘以高/低推估值而得，惟全民健保於84年實施時，支付標準沿用勞保甲乙丙表，而甲乙丙表的支付額度偏低，因此自87年逐步推動的各部門總額係以當時偏低的醫療給付費用為基準計算而得，而後續每年的總額又再以前1年度的醫療給付費用為基期計算，猶如每年於違章建築上蓋高樓，健保制度總搖搖欲墜，前衛生署當時推動總額制度，訴求以漸進改革的精神先行簡單上路，但實施迄今已近25年，已到重新審慎檢視並提出具體改革之時刻。

(一)總額支付制度之法律依據：

全民健保於第一期規劃時，即將總額支付制的構想納入，提出成立醫療費用支付委員會、設定總額預算及進行部門分配等規劃；第二期規劃時則延續採行總額支付制度之構想，目的在於合理控制及分配醫療費用；「全民健康保險法」制定公布時，確實也明定總額制度，按83年8月9日總統(83)華總(一)義字第4705號令制定公布之〈全民健康保險法〉第49條規定：「(第1項)醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。(第2項)前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。……」

(二)全民健保自88年開始財務轉為虧損，為控制及合理分配預算，自91年7月起，全面施行總額支付制度：

1、總額部門：

由前費協會在年度開始前，依據人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、相關健保政策……等因素，按部門預先協商及分配該年度之總額；在部門方面，共分5個部門別：醫院、西醫基層、中醫、牙醫及門診透析等。

2、分區總額：

為強化國內各區健保財務與健康照護之責任，將全民健保總額按地理區域再作區分，為臺北區、北區、中區、南區、高屏區及東區等6區。前費協會於協定上開各部門之總額時，也同時協定各地區之預算，以維持總額之穩定。

3、全民健保於91年7月全面實施總額制度，預算逐

年增加至111年8,095億元：

- (1) 全民健保自84年3月1日實施後，前3年(85至87年)保險收支尚有盈餘，惟87年盈餘大幅縮減，且88年財務急遽惡化為短絀113.57億元；基此，健保署按上開「全民健康保險法」規定，分部門逐步推動總額支付制度，並於91年7月起全面實施，如結論與建議三(二)所述。
- (2) 至於實施總額制度後之歷年預算情形，查91年總額預算計3,602億元，94年計4,080億元，100年計5,077億元，105年計6,196億元，108年計7,153億元，111年已突破8,000億元，平均約3年增加1,000億元，年成長率為2.855至5.642%間，詳如下表。

表6 91年至111年各年度全民健保總額費用及各年度成長比率

單位：億元；%

年	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101
總額預算(億元)	3,602	3,762	3,916	4,080	4,237	4,416	4,604	4,781	4,939	5,077	5,296
總額成長率(%)	4.63	4.51	4.42	3.95	4.536	4.501	4.687	3.873	3.317	2.855	4.314
年	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
總額預算(億元)	5,531	5,712	5,905	6,196	6,545	6,853	7,153	7,526	7,835	8,095	-
總額成長率(%)	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.711	4.417	5.237	4.107	3.32	-

備註：91至94年為「每人」醫療給付費用成長率，本表91年至94年採預估整體成長率，以利進行年度比較。

(資料來源：衛福部)

(三)每年全民健保醫療給付費用的總額係以前1年總額為基期，再乘以高/低推估值而得之：

- 1、按83年8月9日總統(83)華總(一)義字第4705號令制定公布之〈全民健康保險法〉第49條第1項規定：「醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用

總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。」復按現行〈全民健康保險法〉<sup>11</sup>第60條規定：「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。」爰此，有關全民健保總額預算之擬訂，早期係由費協會於年度開始前於行政院核定的總額範圍協定及分配之，後改由衛福部擬訂總額範圍，經諮詢健保會同意後，報請行政院核定。

- 2、有關每年總額預算成長率之估算，據衛福部查復略以<sup>12</sup>，計算方式係以前1年度全民健保醫療給付費用的總額為基期，乘以高/低推估值，計算出總額範圍上/下限金額，其公式如下(以112年為例)：

$$\begin{aligned} & 112\text{年度健保醫療給付費用上(下)限金額} \\ & = 111\text{年度健保醫療給付費用} \times (1 + 112\text{年度} \\ & \quad \text{健保醫療給付費用成長率之高(低)推估值}) \end{aligned}$$

- (1) 低推估值：「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」分別計算後，合併為醫療服務成本及人口因素成長率，再依據健保會之協商架構，以前1年一般服務預算占率及前2年投保人口數值校正後所得之成長率。
- (2) 高推估值：低推估值加上協商因素而得，其中協商因素係依據112年度健保政策目標而訂定。

<sup>11</sup> 110年1月20日總統華總一義字第 11000003521號令修正公布，下同。

<sup>12</sup> 衛福部111年6月2日衛部保字第1110120997號函。

3、據上，每年全民健保總額費用係依據前1年的醫療給付費用為基期，再乘以高/低推估值而得之。

(四)91年總額之評估依據：

1、在總額支付制度的推動方面，牙醫、中醫、西醫基層及醫院總額支付制度分別於87年7月、89年7月、90年7月及91年7月開始實施，即自91年7月全面實施總額制度，已如前述。至於91年總額如何估算，據衛福部查復，各部門總額預算區分為一般服務預算及專款項目預算。一般服務預算之計算，於95年之前係以前一年同期(基期)每人醫療給付費用，協商其成長率，再與季中人口數計算而得，另專款項目為零基預算，依當年度協定而得。

2、以91年7月的醫院總額為例，第1期僅維持半年(91年7月1日至12月31日)，因屬制度實施初期，前衛生署秉持預先規劃、簡單上路、漸進改的精神，於91年5月10日公告醫院總額支付制度第一期總額及其分配方式，91年下半年協商成長率為4%，因此預算計算方式為90年醫院每人醫療給付費用乘以協定成長率(4%)，再乘以季中人口數而得。

(五)總言之，全民健保每年各部門的總額預算，係以前1年度醫療給付費用為基期，再乘以高/低推估值而得之，惟全民健保於84年實施時，支付標準沿用勞保甲乙丙表，而甲乙丙表的支付額度偏低，因此自87年逐步推動的各部門總額係以當時偏低的醫療給付費用為基準計算而得，而後續每年的總額又再以前1年度的醫療給付費用為基期計算，猶如每年於違章建築上蓋高樓，健保制度總搖搖欲墜，前衛生署當時推動總額制度，訴求以漸進改革的精神先

行簡單上路，但實施迄今已近25年，已到重新審慎檢視並提出具體改革之時刻。

五、健保署為研商及辦理總額支付制度，按「全民健康保險法」第61條第4項規定，遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，惟醫院總額代表的組成，僅由單一協會推薦，且無任期限制，致連續6年以上擔任代表者，高達23人，恐有失衡平；且歷年來各層級醫院代表的人數均維持為8名，未依醫院家數變化趨勢及醫院層級比重，適時滾動調整，致總額研商議事會議的合理性與代表性存有疑義。

(一)總額協商制度之法律依據：

1、按「全民健康保險法」第60條及第61條分別規定：「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。」、「(第1項)健保會應於各年度開始三個月前，在前條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，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。……(第4項)第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。」

2、健保署為研商及辦理總額支付制度，於101年10月30日訂定公告「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」第3點及第4點分別規定：「保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表：……(二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：1. 醫院總額：(1)各層

級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。」、「本會議代表均為無給職，其任期為2年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。」依此，每年度醫療給付費用總額，由衛福部於年度開始前6個月前擬訂範圍，經諮詢全民健康保險會後，報請行政院核定，後續健保會則協商年度總額，協商作業則依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定辦理，其中醫院總額部分，保險醫事服務提供者代表，各層級醫院為20名至28名，由台灣醫院協會推薦，代表任期2年，期滿得續任之。

(二)「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」醫院總額的代表，僅由單一協會推薦，且無任期限制：

- 1、查上開「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」醫院總額的協商代表，歷年來各層級醫院均由台灣醫院協會推薦，推薦名額為24名，此僅由某特定協會推薦之作法，不無引發外界認為代表來源過於單一、代表性不足之疑慮，會議決議亦恐過於偏斷。復查102至110年止(每2年一屆，共5屆)，該會議各總額代表聘任達5屆者，計有8人(其中1人為政府機關代表)，聘任達4屆者，計有5人(其中1人為政府機關代表)，聘任達3屆者，計有12人。要言之，102至110年期間，由台灣醫院協會推薦的人員中，連續6年以上擔任代表者，高達23人。
- 2、承前述，「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」醫院總額的協商代表，均由單一協會推薦，且按「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」第4點規定，會議代表任期2

年，期滿得續任之，因此代表並無任期限制，加以實際執行情形方面，由台灣醫院協會推薦的人員中，連續6年以上擔任代表者，高達23人。

由於「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」係健保署依據「全民健康保險法」第61條第4項規定為研商及推動總額支付制度而遴聘相關代表組成之組織，主要職責在於各部門總額訂定後之執行方案或制度，議事代表卻僅由單一協會推薦，且無任期限制，恐有失衡平。

(三)歷年來各層級醫院代表的人數均維持為8名，未依醫院家數變化趨勢及醫院層級比重，適時滾動調整，致總額研商議事會議的合理性與代表性存有疑義：

- 1、「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」第3點規定略以，醫院總額的各層級醫院代表20至28名，由台灣醫院協會推薦。查歷年來該議事會議各層級醫院代表均為24名，占總人數43名比率達55%(詳下表)。至於20至28名額度之決定，健保署竟表示：「由台灣醫院協會自行決定。」另關於醫學中心、區域醫院及地區醫院等各層級醫院之代表名額分配，衛福部查復<sup>13</sup>：「參與代表以專業為主，由「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」所訂之團體推派，且無續任限制之規定。」可見，關於醫院總額制度之研商與推動，健保署全依賴台灣醫院協會執行，不論代表名額或是各層級名額的分配，該署均按台灣醫院協會意見辦理。

---

<sup>13</sup> 衛福部111年6月2日衛部保字第1110120997號函。

表7 全民健保醫療給付費用醫院總額研商議事會議組成人員

代表單位組成	年度	102-103	104-105	106-107	108-109	110-111
保險人代表		2	2	2	2	2
專家學者		3	3	3	3	3
保險付費者代表 (健保會)		2	2	2	2	2
衛生福利部代表		1	1	1	1	1
中華民國醫師公會全國聯合會		2	2	2	2	2
中華民國醫檢師公會全國聯合會		1	1	1	1	1
中華民國護理師護士全國聯合會		1	1	1	1	1
台灣製藥工業同業公會		1	1	1	1	1
台灣醫院協會		4	4	4	4	4
台灣醫院協會 (醫學中心)		8	8	8	8	8
台灣醫院協會 (社區醫院)		8	8	8	8	8
台灣醫院協會 (區域醫院)		8	8	8	8	8
台灣醫療暨生技器材工業同業公會		1	1	1	1	1
藥界代表 (藥師公會全國聯合會)		1	1	1	1	1
總計		43	43	43	43	43

(資料來源：衛福部)

2、復查全民健保自84年實施至110年止，醫學中心自13家增加為25家，區域醫院自48家增加為82家，另地區醫院則自629家減少為470家，詳見下表。可見各層級特約醫院家數有明顯變化；惟關於醫院總額研商議事會議之各層級醫院代表，不論係醫學中心、區域醫院或是地區醫院，歷年來

卻均各自維持為8名，未能依各層級醫院之家數變化趨勢及醫院層級比重，適時滾動調整，致反映意見的合理性與代表性存有疑義，洵有欠妥。

表8 84-110年各層級全民健保特約醫院家數統計表

單位：家

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	總計
84	13	48	568	629
85	13	52	544	609
86	14	56	534	604
87	17	61	496	574
88	18	63	503	584
89	22	71	484	577
90	23	74	468	565
91	23	80	450	553
92	23	80	437	540
93	24	80	427	531
94	21	73	417	511
95	24	70	414	508
96	23	72	397	492
97	23	77	383	483
98	23	78	385	486
99	23	81	378	482
100	22	83	374	479
101	22	83	373	478
102	22	82	370	474
103	26	83	367	476
104	26	83	370	479
105	26	84	367	477
106	26	84	364	474
107	26	84	363	473
108	25	82	366	473
109	25	82	364	471
110	25	82	363	470

備註：本表醫院家數統計以有實際提供醫療服務的醫院為基準，並非以向健保署合報醫療費用的醫院為統計單位。

(資料來源：健保署；統計時間為111年6月9日。)

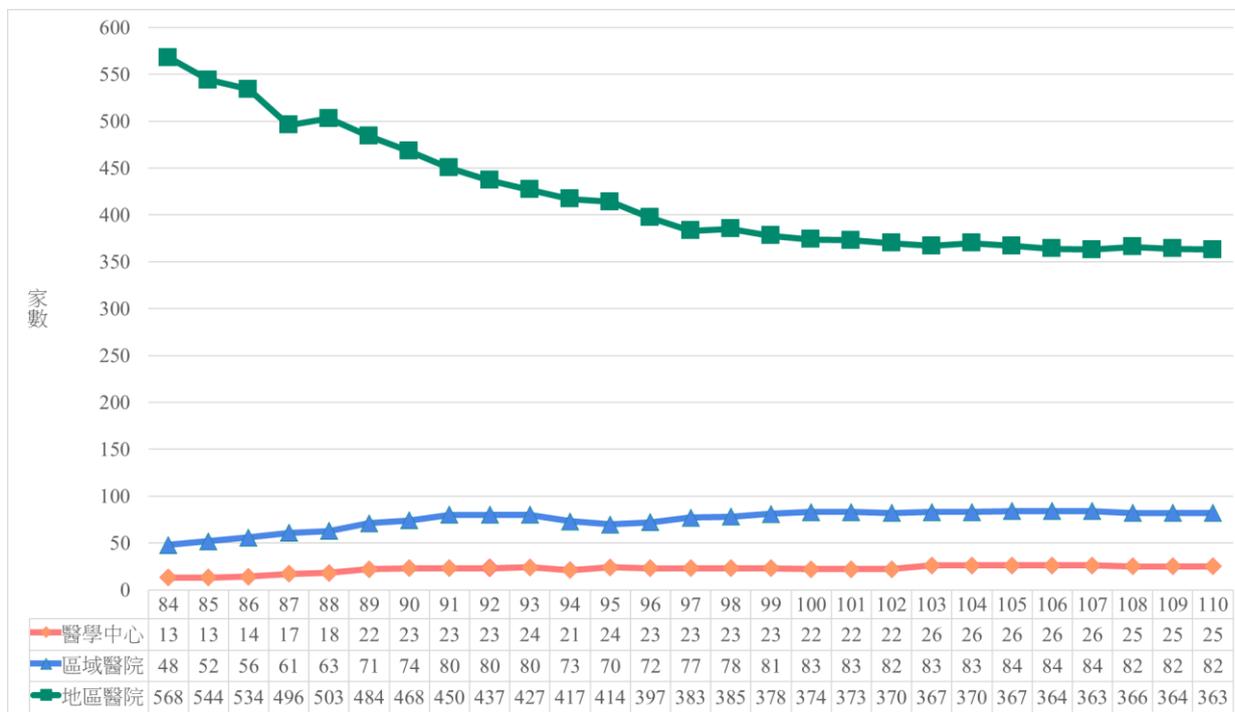


圖1 全民健保開辦後特約醫院變動情形

(資料來源：衛福部)

六、醫療科技的進步及新藥技術創新與發現，有助減少併發症和殘疾的發生機率，或延長國人平均餘命。然各類疾病並非均適合以新醫療科技醫治，在論量計酬及醫病資訊不對等之情況下，為避免部分醫療人員過度強調新療醫科技之有效性，而使病患在無需使用新醫療科技下，仍大量運用該等技術或藥物治療，易造成資源無效率，政府允應強化醫療機構之醫學論理，並建立有效之資訊透明機制。另新醫療科技成本高昂，衛福部雖每年編列部分預算並建立審查機制，逐項審核新醫療科技得否納入全民健保給付，然新醫療科技快速發展下，新產品問世速度極快，在有限資源下，該部除應持續追蹤已核准之新醫療科技成效外，並應

**強化資源之分配，以避免資源之錯置與浪費。**

(一)自84年全民健保開辦後，所有醫療服務、藥物給付項目主要採論量計酬支付，以每項診療項目、藥品或特殊材料訂定支付點數，醫療機構依其所提供的服務數量，向政府申請費用。其後政府雖陸續推動改革，採用多元支付制度，迄今仍以論量計酬為大宗。然論量計酬制度下，可能衍生不必要之檢查、用藥，手術及處置等，產生「衝量」情形。為求「衝量」，且在病患自主就醫條件下，部分醫療機構會尋求差異化，藉由醫療科技的進步及新藥技術的不斷創新與發現(下稱新醫療科技)，減少了併發症和殘疾的發生機率，或可延長民眾平均餘命等，增加病患到該等醫院之看診機率，然新醫療科技需要耗費大量研究經費，高昂的成本，墊高病患就醫費用，若納入全民健保，也需考量財務之永續性及資源分配之公平性。因此，為避免醫療費用快速成長，危及全民健保財務，衛福部對新醫療科技採取下列管理措施：

- 1、健保會每年均協定各總額部門預算，用於給付健保醫療費用，此外，為配合新醫療科技發展及符合實際臨床需要，每年於總額內編列新醫療科技預算，並視需要進行新醫療科技評估，將新診療項目、新藥及新特材等納入健保給付。
- 2、為能提高新醫療科技預算執行效益，衛福部每季皆會於醫院及西醫基層總額研商議事會議中追蹤該預算執行狀況，以利隔年度爭取相對適當之預算以支應新醫療科技納入健保給付事宜。
- 3、有關醫療服務部分，為使健保資源合理規劃與運用，衛福部逐步規劃於年度開始前，即展開該年度增修診療項目作業，以爭取隔年度有相對適當

之預算以支應，盼年初即可引進新興醫療服務，除讓醫療提供者得到合理醫療給付、改善現有醫療環境，同時提供國人更好的醫療服務。

- 4、有關藥品部分，隨著藥品研發技術日新月異，各類新藥紛紛上市，藥費支出負擔日益嚴重，衛福部透過「修訂藥物給付項目及支付標準」及「預算控管」等方式來應對醫療行為之改變。新藥收載前，該部亦先進行醫療科技評估（HTA），將人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務等因素納入考量。為使新藥預算更貼近實際所需之額度，該部自109年9月開始實施前瞻式評估（Horizon Scanning）作業模式，作為編列新藥預算之基礎。
- 5、有關醫材部分，由於醫療科技進步，新醫療科技醫材種類眾多，為提升民眾使用新醫材之可近性及臨床使用之需求，衛福部在有限財源下優先將臨床缺口、兒童臨床必需醫材收載，就新醫材之臨床使用情形與相關專科醫學會討論，依臨床實證及臨床結果合理支付，逐步將臨床所需之新科技醫材納入健保給付，經全民健康保險藥物共同擬訂會議討論通過，110年共計導入實施21類121品項。

（二）醫病資訊不對等是大家熟知的事實，主要係因醫師與病人之間，基於專業領域知識的隔閡。在目前的醫療環境中，醫療科技已是必備之一環，醫師需要依靠醫療儀器檢驗來輔助診斷，而病人則期待更先進之醫療儀器、藥物來進行治療。若醫師能依據醫學倫理中的四大原則：（一）尊重自主原則：強調尊重病人的尊嚴與自主性，例如不隱瞞病人之病情及診斷、保護病人的隱私及強調知情同意的重要

性。(二)不傷害原則：強調醫療人員謹慎地執行以達到適當的照顧標準。此原則的精神在於不要傷害、防止傷害以及除去傷害。避免讓病人承擔任何不當的、受傷害的風險。(三)行善原則：在不傷害他人之外，進一步關心並致力提升病人的福祉。所有醫療行為一切應以病人的利益為前提。

(四)正義原則：公平地分配醫療資源、尊重病人的權利及尊重道德允許的法律。評估對病患之治療方式，及使用之新醫療科技，將可創造雙贏，然因醫病資訊不對等，且部分醫院有朝向企業經營之趨勢，造成醫師與病人互動導往功利方向，醫師除了花在病人身上時間越來越少，看診時間縮短外，也在業績考量下，過度強調新醫療科技對於疾病之療效，而使病患在無需使用新醫療科技下，仍大量運用該等技術或藥品等治療，造成資源無效率，政府允應強化醫療機構之醫學論理，對於醫療機構與醫事人員營利行為適度之監督與規範。並建立有效之資訊透明機制，以避免醫療資源之無效率。

(三)健保署李署長曾指出「生命不能重來，所以對病人有用的，健保署都會設法給予經費支持，把1年8,000多億預算花在刀口上」，新醫療科技雖帶動了醫療進步，但在有限的資源下，並無法大量將其納入全民健保給付，健保會於每年度全民健保總額協商時，另編列新醫療科技預算，以避免對總額造成衝擊。隨著新醫療科技持續發展，其價格日漸昂貴，為使有限的健保資源達到有效配置，發揮最大效益，衛福部依健保法第42條，部分項目因缺乏療效、安全性等實證資料，或需蒐集納入給付與否之評估資訊，經評估後辦理醫療科技評估(HTA)，並依HTA結果，增(修)訂醫療服務及藥物給付項目及

支付標準。以使健保資源合理規劃與運用，該部亦於110年委託專業團隊參考各國制度及經驗，建立高價位醫療服務之醫療科技再評估(HTR)機制，期未來透過醫療資源再配置，將低效益的醫療科技轉移到高效益的介入措施及醫療科技，期達到有效運用及抑制醫療資源不當耗用與合理配置醫療資源之目標。綜上所述，為使有限的健保資源達到有效配置，發揮最大效益，持續進行新醫療科技評估(HTA)，增(修)訂醫療服務給付項目及支付標準，並建立醫療服務之醫療科技再評估(HTR)機制，使健保資源合理規劃與運用，以符合健保法第72條抑制資源不當耗用精神。然在新醫療科技快速發展下，新產品問世速度極快，在有限資源下，衛福部仍應持續追蹤已核准之新醫療科技成效外，並應強化資源之分配，以避免資源之錯置與浪費。

(四)綜上，醫療科技的進步及新藥技術創新與發現，有助減少併發症和殘疾的發生機率，或可延長國人平均餘命，。然各類疾病並非均適合以新醫療科技醫治，在論量計酬及醫病資訊不對等之情況下，為避免部分醫療人員過度強調新療醫科技之有效性，而使病患在無需使用新醫療科技下，仍大量運用該等技術或藥品等治療，易造成資源無效率，政府允應強化醫療機構之醫學論理，並建立有效之資訊透明機制。另新醫療科技成本高昂，衛福部雖每年編列部分預算並建立審查機制，逐項審核新醫療科技納入全民健保給付，然新醫療科技快速發展下，新產品問世速度極快，在有限資源下，該部除應持續追蹤已核准之新醫療科技成效外，並應強化資源之分配，以避免資源之錯置與浪費。

參、處理辦法：

- 一、本通案性案件調查研究報告之「結論及建議」，送請衛生福利部轉促所屬參處。
- 二、本通案性案件調查研究報告之「結論及建議」，上網公布。

調查研究委員：蕭自佑

趙永清

林郁容

鴻義章

蘇麗瓊

張菊芳

紀惠容