

# 全民健保向論人支付邁進

鄭守夏\*

## 前言

追求健康是每一個人的希望，讓民眾擁有健康是政府的責任之一，臺灣的全民健保制度提升了所有民眾的就醫可近性與醫療利用[1]，多年下來也縮減了地區之間的健康不平等現象[2]。然而，健康保險或是醫療照護體系永遠不會完美，支付制度的改革更是不曾間斷。中央健康保險局自2001年推動論質計酬(Pay for performance, P4P)的方案，2010年初開始逐年導入診斷關聯群(Diagnosis related groups, DRGs)的支付制度，緊接著又推出論人計酬(capitation)的試辦計畫，一時間支付制度改革又成為討論話題，殊不知新式的包裹式支付方式(bundled payment)也是美國學界討論的焦點[3]。

## 支付制度的改革未曾停歇

### 美國支付制度的改革

在台灣，多數學者認為美國的健康照護體系或是保險制度，不值得我們學習，但是美國學界在健康照護體系或是保險制度的相關研究，其深度、廣度與嚴謹程度，都備受肯定。美國是工業化國家中唯一一個沒有將全體民眾納入健康服務保障的國家，歐巴馬總統推動的健保改革法案，主要目的是藉由公私部門的合作，提供可負擔的健康保險給目前沒有購買健康保險的民眾，

藉以降低民眾未納保的比率[4]。除了保險的改革外，由於美國老人保險(Medicare)面臨醫療費用快速上漲的問題，促使國會開始推動醫療服務遞送系統和支付制度的改革，冀能達成財務上的永續性，主要是推行以病患為中心的醫療宅(patient-centered medical home)[5-7]和可責的照護組織(accountable care organization, ACO)[7,8]兩大政策，在支付制度改革方面，主要為推行新式的包裹式支付制度[3,8]。

美國近期致力於服務遞送系統改革的試辦，提出「以病患為中心的醫療宅」之概念，主要目的為強化美國初級照護體系的基礎[6,9]。該計畫有別於過去初級照護醫師是以管控轉診的方式來控制醫療費用，新的想法是由家醫科醫師、專科醫師、與醫院組成服務網絡，加強縱向與橫向的資訊聯繫，讓醫療服務是以病人為中心，改善片斷式的醫療，以提高民眾對於初級照護的可近性、照護完整性與照護連續性[10]，用以增進醫療效果並減少支出，未來應該與支付制度改革做連結，以強化其影響[11]。「可責的照護組織」主要是改良傳統論人計酬方式，引進「節餘共享(Shared saving)」的機制，可以搭配論量計酬(fee for services)或論質計酬(pay for performance)等支付方式，期望藉由提高醫療品質來節省費用，並且由保險人以及醫療團隊來分享節餘與分擔風險[12,13]。

在包裹式的支付制度改革方面，主要是將論病程支付系統(episode payment system)或整體論人支付系統(global payment system)加以擴充。前者，由傳統的診斷關聯群支付制度(Diagnosis related groups, DRG)，延伸涵蓋醫院、醫師或是急性後期照護等[3]；後者，由傳統的論人計酬支付制度(Capitation)，轉型為與可責性的健康照護組

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

\* 通訊作者：鄭守夏

聯絡地址：台北市徐州路17號

E-mail: shcheng@ntu.edu.tw

投稿日期：99年11月26日

接受日期：100年2月11日

織合作，讓供給者有節餘共享和承擔風險的機制[3,12]。由此可見，保險支付制度仍是醫療服務改革的重要工具。

### 台灣健保支付制度的改革

目前全民健保支付最大宗的是論量計酬，也就是以服務項目為支付標準，因此醫療院所在服務量(volume)與診療密度(intensity)上都會採取「多做多賺」的策略，也就是所謂的「衝量」。為了有效節制醫療費用的快速上漲，健保局自2002年全面實施上限的總額預算制度，但是在搭配論量計酬的支付誘因之下，多數醫師仍願意多看病人、多提供服務、多做檢查、多給藥，病人可以很方便地得到很多服務，因此滿意度高，當然可能的醫療浪費也一定存在。

自2001年起，健保局推動所謂的論質計酬支付的試辦計畫，包括糖尿病、氣喘、結核病等，希望可以提升慢性病照護的品質與結果。初步研究顯示相關試辦計畫多有達到預期成果，例如常規性的檢查顯著提高、急診和住院的利用降低[14,15]、治癒率提高等[16,17]。健保局自2003年推動「家庭醫師群」的試辦計畫，與美國推動醫療宅用意相同，鼓勵地區的診所與醫院結合成為一個家醫群，期能強化醫師之間的聯繫，提供病人較佳的整合性照護[18]，唯初步研究顯示尚未達到預期的成效[19]。此外，健保局亦於2009年推動「整合式門診照護」的試辦計畫，希望醫療院所能提供多重慢性病患整合性的門診服務，避免重複看診或不當用藥等[20]。這些作為都是利用支付誘因企圖改進醫療服務的提供。

全民健保自開辦至2009年為止，已經針對50餘項手術實施論件計酬支付(case-payment)，研究顯示該制度有縮短住院日數的效果[21,22]，但對於診療密度沒有產生顯著的影響[22]。經過將近十年的研發以及與醫界的協商，終於自2010年1月開始逐步導入論病例計酬DRG支付制度，第一年納入160餘項的診斷，以住院服務為主，每次病人住院都以一個主要診斷支付一個預先訂定

的價格，讓醫療提供者負擔財務責任，醫院為了在一定的支付金額下求取合理利潤，自然不再無限制地提供服務項目，因此會抑制診療密度，但並不會縮減服務量的提供。

從國際上的研究文獻看來，DRG制度的實施會帶來住院日數縮短、醫療費用降低，但也有提早讓病人出院的現象[23]，而醫界也積極研發與採用實証醫學為基礎的診療(evidence-based medicine)以為因應。因此健保局在DRG導入的階段，應該在醫療品質上做有效監控，並逐年檢討支付價格，給醫療提供者合理的報酬，同時研擬急性後期(post-acute care)的醫療給付與支付制度作為銜接，如此該制度才能有效抑制不必要的醫療內容，減少浪費，又不會影響到醫療品質與病人權益。

然而，從論量計酬轉為論病例計酬，醫院收治病人已經不再是盡心盡力就穩賺不賠的生意，以常態分布的機率來看，有些病人就一定會超過DRG的支付上限，醫師或醫院不應該再以每一位病人帶來的收益為考量，而是看整體這一群診斷的病人的總收入與支出，因為已經不再是做一項賺一項的論量計酬，醫師的臨床決策與醫院的管理機制都要改變，改變往往是痛苦的，也是需要時間的。

### 向論人計酬支付邁進

論人計酬的支付制度與目前健保支付制度全然不同，其核心概念是把一群民眾的健康託付給一個醫療聯盟，每年健保局依風險校正後的預期醫療費用給這個聯盟，該聯盟必須在這個總費用的額度下，支應這群人所有的醫療需求與服務。換句話說，醫療服務的財務風險主要是由醫療提供者來承擔，因此醫療團隊必須減少服務量，並降低診療密度，才能確保醫療服務的費用不會超過已經固定的收入，同時醫療團隊也要把重點放到如何保持或促進民眾的健康，民眾醫療利用越少，則醫療團隊所剩餘的收入越多，也是學者所謂的為民眾買健康而不是買醫療，這是健康保險設計的最高理想。

論人計酬的支付方式以美國的健康維護組織(Health Maintenance Organization)為典型，其中如何支付醫師服務、民眾是否有就醫選擇、以及不同條件下的部份負擔設計等都有些許差異。論人計酬帶來的影響會因給付範圍和就醫選擇等不同而不同，整體而言，論人計酬與傳統的論量計酬支付比較時，病人有較少基層門診、專科轉介門診或檢查等，同時也有較低的醫療費用。另外需要注意的是保險人會篩選健康的民眾來納保，這是在制度設計時應加以規範的[24, 25]。

健保局自2011年要開始試辦論人計酬支付，除了典型的區域論人的方式之外，健保局也接受醫院別的或是特殊疾病別的論人計酬，這與美國正在推行的「可貴的照護組織」的概念相近[12]。因為這個政策方向是好的，政策本身沒有人會質疑，真正困難的是實施方案，成敗就在細節裡。一個計畫需要試辦，就是要從錯誤中學習改進，目的是能由小推到大。個人提出幾個原則，希望可以在規劃實施各種方案時作為參考。

第一：醫療團隊應該負擔有限的財務風險。在支付設計上搭配適度的財務誘因，例如節餘分享與風險承擔的程度應該相扣連，避免參與的醫院在醫療服務提供上採取激烈變革，或者在財務管理上有竭澤而漁的策略作為。第二：讓民眾保有選擇的自由。雖然論人計酬最常見的配套措施就是守門員制度(gate keeper)，目前的健保制度下民眾享有絕對的就醫選擇自由，需要承做的醫療團隊以吸引病人的方式，逐漸提高民眾的忠誠度。第三：各個區域內應該保有醫療提供者間的競爭機制。除了在醫療資源不足區外，區域內保有潛在的良性競爭壓力，才能避免獨佔與風險篩選帶來的不良後果。第四：保險人應蒐集正確又及時的監控指標資料，例如就醫次數、診療密度、治療結果與病人滿意度等，如此才能確保在試辦期間遭遇不良事件時，擁有快速反應與修正的科學證據，這可能也是這個試辦計畫成敗的關鍵。

## 結語

在2002年，當時衛生署長李明亮教授主張應該把健保費用多用到急症與重症的住院醫療，而幾乎所有的學者也都認同，因此訂下總額分配門、住診45:55的政策，然而因為預算分配改變過大，導致以門診為主的小型地區醫院無法經營，一個用意良好的政策也因此無法落實。

台灣在過去10年，健保醫療費用的成長幅度遠大於國民所得的成長，我們跟美國一樣面臨極為嚴苛的財務困境，或許已經是實施論人計酬的時機。論人計酬是一個極具理想性的支付制度，將會劇烈改變醫療提供者在服務量與診療密度上的經營策略，醫療又是一種高度專業化的服務，具有明顯的不確定性與資訊不對等，而民眾的求醫行為以及對醫療服務的期待也有一定的慣性，因此對於新制度的推動必須穩紮穩打。一個制度要變壞可以很快，要改善卻往往曠日廢時，更何況新政策具有政治的不可實驗性，一定要步步為營，以民眾最終權益為考量。

## 致謝

本文承國科會(計畫編號：NSC 98-2410-H-002-054-MY3)補助，謹致謝忱。

## 參考文獻

1. Cheng SH, Chiang TL. The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. Results from a natural experiment. *JAMA* 1997;**278**:89-93.
2. Wen CP, Tsai SP, Chung WS. A 10-year experience with universal health insurance in Taiwan: measuring changes in health and health disparity. *Ann Intern Med* 2008;**148**:258-67.
3. Chernew M. Bundled payment systems: can they be more successful this time. *Health Serv Res* 2010;**45**:1141-7.
4. The Kaiser Family Foundation. Summary of new health reform law. Available at: <http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>. Accessed November 23, 2010.
5. Tax Policy Center. Tax relief and health care act of 2006. Available at: <http://www.taxpolicycenter.org>.

- org/legislation/upload/Tax-Relief-and-Health-Care-Act-2006.pdf. Accessed November 23, 2010.
6. Iglehart JK. No place like home--testing a new model of care delivery. *N Engl J Med* 2008;**359**:1200-2.
7. Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary care and accountable care--two essential elements of delivery-system reform. *N Engl J Med* 2009;**361**:2301-3.
8. Hackbarth G, Reischauer R, Mutti A. Collective accountability for medical care--toward bundled Medicare payments. *N Engl J Med* 2008;**359**:3-5.
9. Fisher ES. Building a medical neighborhood for the medical home. *N Engl J Med* 2008;**359**:1202-5.
10. Stange KC, Miller WL, Nutting PA, Crabtree BF, Stewart EE, Jaén CR. Context for understanding the National Demonstration Project and the patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2010;**8**(Suppl 1):S2-8.
11. Crabtree BF, Nutting PA, Miller WL, Stange KC, Stewart EE, Jaén CR. Summary of the National Demonstration Project and recommendations for the patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2010;**8**(Suppl 1):S80-90.
12. McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Aff (Millwood)* 2010;**29**:982-90.
13. Fisher ES, Shortell SM. Accountable care organizations: accountable for what, to whom, and how. *JAMA* 2010;**304**:1715-6.
14. Lee TT, Cheng SH, Chen CC, Lai MS. A pay-for-performance program for diabetes care in Taiwan: a preliminary assessment. *Am J Manag Care* 2010;**16**:65-9.
15. Weng HC. Impacts of a government-sponsored outpatient-based disease management program for patients with asthma: a preliminary analysis of national data from Taiwan. *Dis Manag* 2005;**8**:48-58.
16. Li YH, Tsai WC, Khan M, et al. The effects of pay-for-performance on tuberculosis treatment in Taiwan. *Health Policy Plan* 2010;**25**:334-41.
17. Tsai WC, Kung PT, Khan M, et al. Effects of pay-for-performance system on tuberculosis default cases control and treatment in Taiwan. *J Infect* 2010;**61**:235-43.
18. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫。http://www.nhi.gov.tw/information/News\_detail.asp?News\_ID=709。引用2010/11/23。  
Bureau of National Health Insurance. National Health Insurance of Family Doctors Integrated Care Initiative (FDICI). Available at: http://www.nhi.gov.tw/information/News\_detail.asp?News\_ID=709。Accessed November 23, 2010. [In Chinese]
19. 林詠蓉、周天給、林恆慶：參與「家庭醫師整合性照護試辦計畫」民眾對計畫實施成效之觀感。台灣家醫誌 2006；**16**：260-73。  
Lin YL, Jou TJ, Lin HC. The viewpoints of consumers joining the "Family Physician Integration Trial Plan (FPITP)" toward the effectiveness of the plan. *Taiwan J Fam Med* 2006;**16**:260-73. [In Chinese: English abstract]
20. 中央健康保險局：建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫。http://www.nhi.gov.tw/information/bulletin\_file/2739\_0980091395附件.pdf。引用2010/11/23。  
Bureau of National Health Insurance. Construction of an integrated healthcare model and gradually toward a health system integrated program. Available at: http://www.nhi.gov.tw/information/bulletin\_file/2739\_0980091395附件.pdf. Accessed November 23, 2010. [In Chinese]
21. Lang HC, Chi C, Liu CM. Impact of the case payment reimbursement method on the utilization and costs of laparoscopic cholecystectomy. *Health Policy* 2004;**67**:195-206.
22. Tsai YW, Chuang YC, Huang WF, See LC, Yang CL, Chen PF. The effect of changing reimbursement policies on quality of in-patient care, from fee-for-service to prospective payment. *Int J Qual Health Care* 2005;**17**:421-6.
23. Culter DM, Zeckhauser RJ. *Handbook of Health Economics*. North Holland: Elsevier Science, 2000.
24. Zuvekas SH, Hill SC. Does capitation matter? Impacts on access, use, and quality. *Inquiry* 2004;**41**:316-35.
25. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed system of payment: effects on the behaviour of primary care physician. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;**(3)**:CD002215.