

健保實施五年之回顧與未來興革之道

楊志良

CHIN-LIANG YUANG

國立臺灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所，臺北市徐州路19號

Institute of Health Care Organization Administration, National Taiwan University, No.19, Hsu-Chow Rd., Taipei, Taiwan, R.O.C.

E-mail: clyuang@ha.mc.ntu.edu.tw

成就與問題

全民健保之實施，對國人就醫之公平性(equity)及醫療費用負擔之公平性有相當大的改進(已有若干研究報告)，但仍有相當的改善空間。

在醫療費用方面，相較於50-70年代實施全民健康照護的各先進國家之最初10年，我國費用在控制方面，至目前為止表現較優。

在醫療方面，並無「等候就醫」之現象(waiting list)，然而由於受到沿用公、勞保論量計酬為主之支付制度影響，「做愈多，領愈多」，在全民健保實施後，更誘導醫療院所幾乎全部採「醫師論量抽成支付薪水制度」與加強「行銷」，促使醫療高度商業化，醫療行為以利潤掛帥，醫療體系扭曲(住院門診比率、科別選擇等)。

在財務平衡方面，由於未能落實財務責任制，在費率固定下，不斷增加給付項目，減少眷口數、擴大弱勢團體之納保及補助，加以人口老化、所得增加、醫療科技發展，總體醫療支出必然增加，財務逐漸發生逆差實屬必然。

在體制方面，我國目前之多元開放社會下，但健保卻由衛生署及健保局在決策、督導與執行上一肩挑，而夾擠於民眾要求少付保費，多享受；醫療提供者要求調整支付標準及難免政治介入醫療審查。監理委員會依法無權無責，不必承擔全民有保，財務平衡之責，卻具相當代表性，其決議衛生署、健保局甚難拒絕採行，故成為監理會、費協會等「點菜」，而由衛生署、健保局「買單」(負責全民有保、財務平衡)之困境。

擬議之改革方向

健保體制：設立健保基金會，由付費者代表組成，以增進付費者之參與及健保自主經營，衛生署則為政策制定及監督機關。若基金會未能達成全民有保，財務平衡之政策目標，則衛生署得解散基金會重組之。

健保局為基金會下之健保執行單位。

基金會每年與醫療提供者團體協商醫療費用總額，基金會負責依此訂定費率及收取費用，醫療提供者負責分配費用(支付)

健保醫療給付：長期而言，全民有保(Universal coverage)及綜合醫療照護(Comprehensive care)，將無從並行。為確保全民有保，對醫療給付終將限制為僅提供具成本效益及社會普遍認為必要者，此宜由基金會主導辦理。

健保財務：近期宜先行增進民眾負擔之公平性，包括公務員以全薪投保但負擔比率降為30%而與勞工同；職業勞工以全體被保險人平均投保薪資為投保薪資等。中期而言，則配合健保體制改革落實財務責任制，依精算及財務週期調整費率；長期而言，則訂定健保財務成長以GDP成長或投保薪資成長為上限。

在支付制度方面：全面實施總額預算制，在總額下，擴大支付單位為論病支付及論人支付，使醫療提供者承擔更多之財務及品質責任。

在醫療提供體系方面：鼓勵垂直整合為醫療團隊，由民眾選擇登記為會員，健保局依風險調整論人支付予醫療團隊，而醫療團隊負責民眾全年之健康照護，如此形成誘因，促使醫療團隊提供整合性、持續性、分

級轉診之健康照護。不願組成團隊及不願登記醫療團隊之醫療機構及民眾，則依目前方式施醫及就醫。

在醫療審查方面：於擴大支付單位後，醫療審查由健保局轉移為醫事團體在總額下自行審查(如牙醫)，減少行政介入及增進醫

師專業自主性，減少保險人與醫界之對抗。

醫療資源供給：仍應採行規劃為主，競爭為輔之策略，對醫學系及其他醫事科系之設置及招生名額宜加以管制，醫院之設立，病床之擴建及高昂儀器之購置，均宜訂定規範，由醫事審議委員會審查。

投稿日期：89年8月6日
接受日期：89年8月21日