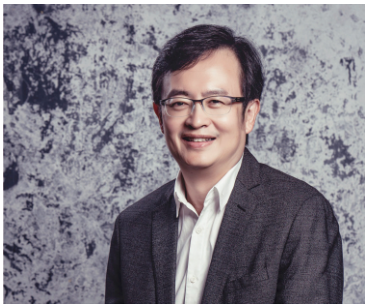
剖析西醫基層總額協商



■陳相國醫師 (台南市醫師公會理事長、醫師公會全聯會副理事長)

英國的「國民健保制度」是公醫制度，屬於社會主義；美國的商業保險制度則是資本主義，採用自由競爭模式。台灣的全民健保，採用的是總額預算制，既不是社會保險，也不是商業保險，所以政府創造一個名詞做（社會商業保險）。用總額預算來控制醫療費用的成長，通常是用在醫療費用成長快速的國家。英國、美國醫療費用佔GDP的比率分別是12%及17.5%，這兩個國家都沒有全面實施總額預算制度，台灣現在醫療費用只佔GDP的6.1%，卻從2001年開始，已經實施了23年的總額預算制度。為何我們台灣醫療費用佔GDP總是低於鄰近國家甚多，答案昭然若揭。

每一年度的西醫基層總額協商，都是一段辛苦而耗盡心力的旅程。從二月份開始，有六個月的時間，要向各地醫師公會、六區的審查執行會及各個專科醫學會等各地的專家學者及全聯會的重要幹部們徵詢意見，請他們提出明年的預算與企劃，而且必須要有執行目標及評估指標。接下來需要召開多次的會議，提出明年的計畫與預算。到七、八月除了要召開多次的會議，讓整個計劃更完備之外，還需要與健保會委員密切溝通，說明我們的理念與想法。總額協商的日期一般會安排在九月下旬，其實擔任醫界的談判代表，身心壓力之大不是旁人所能想像的。好的協商能為西醫基層帶來好的成長率，如果協商破裂，送部裁定的結果很難預期。雖然過程很艱辛，但是這其中有很多醫界的好朋友們一起打拼努力，其實如人飲水，冷暖自知，不足為外人道也。

表12-3 國際比較-醫療保健支出

國別	醫療保健支出	
	經常性醫療保健支出占 GDP比	公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比
	2020	2020
	%	%
中華民國	6.1	65.1
日本	11.1	83.4
南韓	8.4	62.6
美國	18.8	84.8
加拿大	12.9	75.0
英國	12.0	82.8
德國	12.8	85.1
法國	12.2	84.7
澳大利亞	10.6	71.5
紐西蘭	9.7	80.1

資料來源：衛生福利部、OECD Health Statistics

備　　註：依OECD最新發布之醫療健康帳制度(A System of Health Accounts, SHA)，醫療支出與財源(Health Expenditure and Financing)以經常性醫療保健支出(CurrentHealth Expenditure, CHE)為基準，統計各項健康照護之相關指標。

西醫基層總額協商的歷史沿革

醫療費用協定委員會（簡稱費協會）就是全民健康保險委員會的前身，委員會的組成有付費者代表、公正人士、政府機關代表及醫療服務提供者。民國九十年開始實施總額預算制度，所以費用的成長率都必須與付費者代表協商，協商如果破裂，就送主管機關裁定，現在的體制就是衛福部裁定。2011年，中央健保局改制為健保署，費協會也改制為全民健保會，是屬於衛福部的諮詢單位。以下是總額協商的法源依據：

● 84年3月1日起實施全民健保法，第49條

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。

● 100年1月26日公布2代健保法，第61條

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。

歷年協商成長率

每年的總額協商，社保司會先

設定低推估跟高推估的範圍，也就是成長率的地板跟天花板。草案送到健保會報告，健保會通過之後再送到衛福部簽核，然後再送到國發會做最後的確定。**總額成長率分為三個部分：協商因素、非協商因素及專款**。

非協商因素涵蓋人口成長率、人口結構改變、醫療服務成本變動等因素，反映各項服務成本變動、人口成長、人口老化及疾病型態改變對醫療費用影響……。**協商的重點就放在協商因素及專款，所以我們要編列各項計畫來爭取健保會委員的認同，以爭取隔年良好的成長率**。

從下面表格可以發現，100至104年成長率都偏低，介於1.87-3.19%。這是因為協商因素中的MCPI（醫療服務成長指數）被低估的關係。我們在103年發現這個問題，所以全聯會理事長就積極與社保司與國發會溝通，修改了醫療服務成本指數及人口結構計算因子。成長率計算公式每三年調整一次，所以105-107，108-110這六年的成長率都不錯，因為導入正確的計算公式，讓非協商因素得以正確的呈現。有了好的非協商因素，總額談判時，我方談判者，就比較不會承受巨大的壓力。不過，非協商因素的各項計算因子，也會因為物價波動，匯率變動…等，出現變化，所以也常常需要找出正確的計算方式，然後跟衛福部溝通，讓總額協商更順利。

●100~112年總額範圍成長率

	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
衛福部報行政院	1.644~3.627	2.695~5.471	2.994~7.0	1.577~4.5	1.772~5.011	4.025~6.139	3.769~6.49	2.349~5.631	2.516~4.89	3.708~5.976	2.907~4.5	1.272~4.746	1.28~5
國發會核定範圍	1.644~3.6	2.695~4.7	2.994~6.0	1.577~4.45	1.772~4.75	4.025~5.8	3.769~5.9	2.349~5	2.516~4.5 增列藥費，C肝上限不超過4.7	3.708~5.5	2.907~5	1.272~4.4	1.307~4.5
衛福部公告	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.711	4.417	5.237	4.107	3.320	3.323
醫院	3.173	4.683	5.587	3.281	3.659	5.672	6.021	4.8	4.428	5.438	4.382	3.504	3.663
西醫基層	1.874	2.986	2.818	2.391	3.191	4.274	5.157	4.053	4.067	4.401	3.552	2.744	3.008
牙醫	1.783	2.264	1.421	1.888	2.140	3.463	3.246	4.001	3.433	3.876	3.055	2.756	2.588
中醫	2.551	2.856	2.187	2.421	2.124	3.927	4.066	3.699	4.429	5.393	4.306	4.208	4.344
其他預算	+5.76億元	+14.61億元	-4.02億元	+19.52億元	+5.345億元	-9.58億元	+9.05億元	+15.17億元	+14.1億元	+14.93億元	+4.69億元	+4.26億元	-8億元

註：
1.核定之成長率為較前一年度成長之成長率
2.透析已含於西醫部門之成長率

●100~112年各總額成長率及預算

單位：預算(百萬元)，總成長率(%)

年度	牙醫			中醫			西醫基層			醫院			各部門預算小計	其他部門預算	占總預算比率	總預算	核定成長率
	預算	總成長率	占總預算比率	預算	總成長率	占總預算比率	預算	總成長率	占總預算比率	預算	總成長率	占總預算比率					
100 年	36,392.4	1.61	7.2%	20,183.4	2.37	4.0%	105,050.8	1.72	20.68%	339,961.3	3.01	66.92%	501,587.9	6,446.9	1.3%	508,034.8	2.855%
101 年	37,216.5	2.190	7.0%	20,759.9	2.776	3.9%	108,187.8	2.915	20.43%	355,562.1	4.609	67.13%	521,726.3	7,907.9	1.5%	529,634.2	4.314%
102 年	37,745.2	1.409	6.8%	21,214.0	2.177	3.8%	111,236.7	2.809	20.11%	375,426.4	5.578	67.87%	545,622.3	7,505.9	1.4%	553,128.2	4.436%
103 年	38,354.7	1.580	6.7%	21,668.9	2.104	3.8%	113,628.1	2.116	19.89%	386,808.9	2.990	67.71%	560,460.6	10,782.4	1.9%	571,243.0	3.275%
104 年	39,175.6	1.916	6.6%	22,129.3	1.897	3.7%	117,254.9	2.991	19.85%	400,959.7	3.453	67.86%	579,519.5	11,316.9	1.9%	590,836.4	3.430%
105 年	40,532.2	3.109	6.5%	22,998.3	3.566	3.7%	122,265.9	3.959	19.73%	423,395.4	5.332	68.34%	609,191.8	10,358.9	1.7%	619,550.7	4.912%
106 年	41,848.0	2.841	6.4%	23,933.3	3.643	3.7%	128,571.5	4.789	19.64%	448,889.7	5.633	68.58%	643,242.5	11,263.9	1.7%	654,506.4	5.642%
107 年	43,522.5	3.740	6.4%	24,818.6	3.432	3.6%	133,782.2	3.822	19.52%	470,438.6	4.555	68.64%	672,561.9	12,781.2	1.9%	685,343.1	4.711%
108 年	45,016.7	3.433	6.3%	25,917.7	4.429	3.6%	139,233.7	4.067	19.46%	490,999.1	4.428	68.64%	701,167.2	14,191.2	2.0%	715,358.4	4.417%
109 年	46,761.3	3.875	6.2%	27,315.5	5.393	3.6%	145,351.5	4.401	19.31%	517,528.2	5.438	68.76%	736,956.5	15,684.2	2.1%	752,640.7	5.237%
110 年	48,190.1	3.055	6.2%	28,491.8	4.306	3.6%	150,514.7	3.552	19.21%	540,204.6	4.382	68.94%	767,401.2	16,153.2	2.1%	783,554.4	4.107%
111 年	49,518.3	2.756	6.1%	29,690.7	4.208	3.7%	154,644.1	2.744	19.10%	559,129.2	3.504	69.07%	792,982.3	16,579.2	2.0%	809,561.5	3.320%
112 年	50,799.9	2.588	6.1%	30,980.4	4.344	3.7%	159,255.1	3.008	19.04%	579,609.0	3.663	69.30%	820,644.4	15,779.2	1.9%	836,423.6	3.323%

協商成功與破局，及最後結果

無論哪一種談判協商，應該是兩方在對等實力之下，才能夠順利進行，譬如說企業的併購協商，或是商場的合作談判協商。但是總額談判協商，一方是付費者代表，一方是醫療服務提供者，無論從哪一個角度來看，雙方的認知、理想、需求各方面，都有一定的差距，所以醫界談判協商時，能做到的就是把預算計畫做到盡善盡美，用我們的誠意感動健保會委員，讓協商能夠成功。從100-112年，協商成功或破裂，大約各佔一半。大部分破局都是兩方的認知差距過大，無法達成共識，醫界為了國民未來福祉及醫療服務體系的尊嚴，只好選擇破局，破局之後政府要如何裁定，其實還有相當多變數。

今年協商情形重點

●113年度基層總額成長率項目

經收集各專科醫學會、基層醫療委員會等意見，於8月10日與健保署溝通，於8月16日健保會總額會前會提出報告版本。考量配合政策提高之服務密集度等仍提出超過4.7%之成長率目標。以下是計畫內容：

@醫療服務成本及人口因素成長率及增加金額

@保險給付項目及支付標準之改變
@新醫療科技
@藥品及特材給付規定改變
@因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費
@其他醫療服務密集度改變：因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度
@強化高齡人口之基層醫療照護……

專款項目

@新醫療科技
@西醫醫療資源不足地區改善方案
@家庭醫師整合性照護計畫
@代謝症候群防治計畫
@ C型肝炎藥費
@醫療給付改善方案(糖尿病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤……)
@強化基層照護能力及「開放表別」項目
@鼓勵院所建立轉診合作機制
@偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
@癌症治療品質改善計畫……

展望

今年度的總額協商即將於9月20號開始，今年的低推估有2.6%、高推估有4.7%。今年的優勢是非協商因素有3.5%，可是上限4.7%，所以協商的空間相當有限，只有1.2%。這一兩年由於通貨膨脹的關係，醫療院所經營的成本大為提高，如電腦資訊廠商的合約費用、醫療廢棄物清運的費用、醫事人員的薪資等等。我們的期望是能夠爭取越高的成長率越好，有好的成長率，能夠調整診察費，才能調整醫療院所從業人員的薪資。醫界最大的期望是，能夠讓國家的醫療費用在GDP的佔比超過8%，打造健康台灣，韌性台灣，這是我們一致的目標與方向。這個目標當然不是一蹴可幾，可是只要醫界、政府與民眾一起努力，不要讓廉價醫療成為台灣的特色，我們要讓全民健保永續經營，建造健康、幸福、民主、自由、繁榮的台灣。

