

第一章

臺灣健保的總額與點 值：錢從哪裡來，又 到哪裡去

被支付的不必要醫療：看不見的醫療吞噬 !!

健保總額流失到商保實支實付爆炸的剖析

臺灣的健保改革是整個醫療改革的重中之重，財務管理是很現實的問題。2012年1月1日，我由成功大學借調到日據時代就設立的衛福部臺南醫院擔任院長，不到半年，兩位成大醫院訓練後到臺南醫院當主治醫師的學生跟我說要離職。公立醫院醫師的獎勵金的分配是要在醫院有盈餘時才能夠分配給醫師，否則就像一般的公務員一樣的基本薪，一個月的薪水是5萬多元。在2011年的時候，臺南醫院的營運績效是負4,000多萬元，所以根本就沒有辦法發獎勵金，她倆繳不起房貸就要離職去市立臺南醫院和郭綜合醫院，那邊的月薪將近20萬元。當院長的經營壓力難以言喻，我很謝謝當時衛福部醫福會林慶豐執行長撥了500萬元讓我能發獎勵金來鼓勵士氣。

全院同仁努力下，2012年還負170萬元，逐年慢慢轉虧為盈，到了2015年，已經正7,759萬元，那個營運過程有一點像Nike的圖形。臺南醫院的胃腸科吳俊賢主任有一天跟我講說：院長我今年繳所得稅真的有感了！管理醫院就像經營企業一樣，我接任院長後就在思考如何讓臺南醫院蛻變？首先積極運作臺南醫院跟成大醫院合作經營的分級醫療，整理開刀房環境、提供合理的獎勵金給成大醫師來這邊幫病人門診或開刀，爭取市民重新認識臺南醫院的優質醫療。把醫院公園化的整理、醫院裡面的公共廁所徹底改造、醫院裡面提供給病人吃的米飯是像日本越光米一樣的品質的臺梗16號……，病人能吃得下去的飯菜才是最重要的，比打點滴更實在，米商都覺得很奇怪，為什麼有公立醫院願意花比較貴的錢去買米？

公用廁所改造後的明亮度、清潔度都變成特優級，我沒有追求像五星級飯店的廁所暗暗的燈光來顯示高貴，我希望病人感受到的是陽光、有朝氣的感覺。材質不見得是要買最貴的品牌，臺灣本土製造的衛材就已經是相當漂亮、相當耐用。

改革過程是一步一腳印，2015年，臺南發生嚴重登革熱的時候，很多病人不得不到臺南醫院來住院的時候，真的改變臺南病人重新認識臺南醫院，整個營運就大幅度的改變了。所以，我到健保署上班的時候，我也是認為必須要務實面對健保財務的運作。通常私人企業經營者必須面對營運的財報，可是公部門就比較不在乎，因為畢竟都是人民納稅的錢。健保總額（Global Budget）是全年只有固定的桶子（總額）、所有醫療行為都在同一桶裡、多做一件不必要醫療＝排擠其他必要醫療、多一筆詐欺申報＝點值被稀釋。而醫療詐欺之所以危險，不只是犯罪本身，而是詐欺會直接吃掉總額，讓每一個醫師、每一家醫院、所有正常醫療行為都被迫降低待遇。臺灣30年來健保點值浮動，本質不全是「病人變多」，而是不必要醫療＋誘導醫療＋詐欺申報持續擠壓合理醫療。健保從未真正回答「該不該付」。當制度迴避價值選擇，它就註定只能成為問題的放大器。

總額支付制度（Global Budget）被引入作為健保財務控制的終極工具，其核心目的是「限制總支出成長」。這在財務管理上是成功的，但它刻意避開了一個更根本的問題，在有限的資源下，哪些醫療行為應該被優先支持？結果是，總額限制的是醫療服務的「總

量」，而不是其「內容品質與價值」。點值調整承擔了所有的政治與財務壓力，而真正的行為選擇，仍舊交由市場與個別誘因決定。制度成功控制了財務成長的曲線，卻未真正介入醫療行為的結構。醫療院所提供民眾醫療服務後，保險人（也就是健保署）如何付錢給醫療院所的方式，稱為「支付制度」，主要有論服務量計酬、論病例計酬、論日計酬、論品質計酬、住院診斷關聯群（Tw-DRGs）、論人計酬、總額預算等幾種。不同支付制度會影響醫療提供者如何提供醫療服務，也就影響病患所接受的治療與照護，同時對整體醫療費用成長、醫療資源分布、醫療提供效率與品質等，也產生莫大的影響，因此如何選擇目前較適當的支付制度，留有一定討論空間。

目前大多數國家健康保險的支付方式多為「論服務量計酬」，也就是做越多領越多，好處是醫師可依病患的疾病嚴重度及需要，決定應採行的治療與處置，而提供多少醫療服務就相對獲得多少的報酬；缺點在於保險人只依據醫師的服務內容支付費用，與醫療品質或治療效果完全無關，且醫療提供者也沒有節制的誘因。全民健康保險（以下稱健保）開辦後，雖已陸續導入「論病例計酬」、「論日計酬」、「論質計酬」等多元支付方式，還是以論量計酬為主，致使醫療費用支出成長快速，且因醫療資源有限，為合理運用及透過協商機制平衡付費者與醫事服務提供者之間的衝突，故自2002年起全面實施總額支付制度。

因總額是預先規劃，故年度總額預算協商的程序，是在年度開

始前，根據主管機關（衛生福利部）在兼顧國家總體經濟之發展與國民之醫療需要下，著手擬訂次年度總額範圍，經諮詢全民健康保險會（以下稱健保會）後，於當年度開始 6 個月前，報請行政院核定，再由被保險人、雇主、醫療院所、專家學者等代表組成的健保會負責協商。

以 2025 年總額為例，衛生福利部在對整體人口增加、老化、醫療服務成本、新增藥品及特材、醫療資源分布及品質等因素作綜合考量後，2025 年整體醫療給付費用總額約 9,286.248 億元，較 2024 年度總額基期成長 5.5%。總額預算係採按季撥付方式，並於每季結束後，回溯結算每點支付金額（點值），故不會發生年度尚未結束就把錢用完的情形。

健保點值（Point Value）是怎麼被稀釋的？健保點值是：健保支付給醫界的薪資單位值（每點＝多少錢），例：若一年總額是 9,000 億，若全體醫界申報 9,000 億點，則點值＝1，若申報量增加到 10,000 億點→點值下降至 0.90（醫界立即感受 10% 降幅）。而詐欺的本質正是製造「虛假點數」與「不必要醫療點數」。點值下滑常被簡單解釋為「醫療浪費太多」的結果，因為制度無法分辨高價值與低價值醫療，只好對所有支付進行全面性的稀釋。

2020 年遭受新型冠狀病毒疫情影響，民眾就醫次數顯著下降，以 2018 年整體門診件數 3.60 億件，2019 年增加為 3.68 億件來看，2020 年不但沒有再增加，反減少至 3.40 億件，較 2019 年減少 2 千 8 百萬件，也比 2018 年減少 2 千萬件，而此期間民眾健康

並未聞有重大改變。因總額預算金額已固定，故民眾就醫次數的減少並不會讓院所來自健保總額的收入減少，反而因點值上升，可以讓醫師不必那麼辛苦也能獲得跟以往一樣的收入，這也是我們一再努力的方向，讓醫師專精於治療好病人，而不必一再約診，創造可能的點數業績，這次疫情剛好也能驗證這樣的想法。而依據總額結算結果，西醫基層在 2021 年的點值，達到 1 點 1.14 元以上。2022 年、2023 年，病人又開始回流就醫，健保署同仁說又回到正常生態，我則說又開始回到不正常的就醫行為，結果點值一路下滑，在 2022 年，1 點 0.95 元、在 2023 年、1 點 0.87 元。正如同我一直強調要減少不必要的醫療行為，才能夠讓價值醫療被呈現，不改變就醫方式，永遠靠總額的增加來滿足點值的呈現，的確不是健保治理長久之計。

在這樣的環境下：高價值醫療（如複雜手術、慢性病整合照護）與低價值醫療（如重複性、邊際效益極低的檢查或處置）承擔同樣的支付壓力。醫療提供者被迫「以量補價」，追求可被快速、大量申報的項目。體系更依賴於那些「形式上明確、支付上安全」的服務，而非「臨床上必要、但難以量化」的照護。「隱形申報量」=「健保無法辨識的假性需求」，而這些都是被納入總額分母，使點值被稀釋。不必要醫療「悄悄占用」總額空間，它們很少單筆昂貴，卻高度可複製。如門診檢查、影像追蹤、輕度處置、可替代性高的手術選項。單一行為難以否定，但當這些行為在制度允許下被反覆執行，便會形成穩定、持續的支出占用。總額制度並不

區分這些支出是否「必要」，它只記錄「已被支付」。

健保支付依賴一套複雜但精確的規則：診斷碼（ICD）、處置碼、申報規範。這套系統對於實現行政效率與一致性至關重要。然而，在實務中，這套「支付語言」逐漸取代了「醫療語言」。醫療院所面對健保時，需要確認的往往是否有對應的診斷碼？是否符合給付項目與頻率？文件是否齊備？這些條件決定了「能不能申報」，卻未必回答「該不該做」。久而久之，醫療行為的合理性，開始被申報的可行性所主導。診斷碼描述的是「分類」，而非「必要性」；支付碼標示的是「價格」，而非「價值」。

當一個支付制度同時具備低自付額、高可近性、以及模糊的醫療必要性界線時，不必要醫療不需要被刻意設計，它只需要在制度中被「允許存在」。在這個結構下：病人無需承擔選擇的成本，因為自付額極低。醫師無需承擔支付的風險，因為只要符合申報規則，費用將由健保吸收。制度則在事後用總額與點值調整來消化所有後果。這形成了一個奇特的「責任真空」，沒有人需要為「該不該做」這個核心問題負責。於是，大量引發爭議的醫療行為，得以在制度允許、甚至鼓勵的環境中發生。

醫療人力流失，是支付失準的延伸後果，點值長期下滑，不只影響帳面收入，更改變醫療人力的行為選擇。如專業投入回報降低、高風險醫療誘因下降、醫療勞動價值被稀釋。最終，制度將面臨的不是單純的財務壓力，而是人力與專業的結構性流失。

商保的實支實付與自費醫療的存在，在某種程度上「緩衝」了

點值下滑對病人與醫療端的即時衝擊。但這樣的緩衝，也可能讓制度延後面對真正的問題。當健保總額無法區分必要性，而商業保險承接自付額，制度壓力並未消失，只是被分流。面對點值下滑，最直覺的解方往往是「增加健保預算」。然而，若支付訊號未被調整，新增資源極可能再次被高頻、低邊際效益行為吸收、無法有效提升整體醫療價值。預算本身不是問題，資源如何被使用才是關鍵。

總額制度不該只是支出上限，而應成為價值討論的起點。當制度願意在支付端面對「哪些行為值得被優先支持」，點值才有可能回到反映價值的角色。點值下滑不是偶發事件，而是制度長期忽略支付選擇的必然結果。如果不正視不必要醫療對總額的侵蝕，點值調整只會反覆發生，如果不重新校準支付訊號，任何改革都只能治標。真正的改革，不是讓點值撐得更久，而是讓制度付得更準。

總額制度控制了支出上限，卻沒有自動解決資源配置。當必要與不必要醫療共同分食有限支付池，點值稀釋就不只是財務現象，而是制度沒有完成價值排序的結果。



大捲尾育雛/阿明