

行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書

(出國類別：短期進修)

赴德國海德堡大學醫學院短期進修報告書

出國人員服務機關：國防大學國防醫學院公共衛生學系

階級職稱：少校講師

姓名：王運昌

出國地點：德國

出國期間：民國九十三年三月二十日至五月十九日

報告日期：民國九十三年八月三十日

Jc

009301201

摘 要

職奉國防部 93.3.12(93)陸晚字第 0930004258 號令核定，赴德國海德堡大學醫學院醫學生物資訊研究所健康保險組短期進修二個月（自九十三年三月二十日至九十三年五月十九日止）。希望藉此進修機會，瞭解德國健康保險制度之實施內涵與最新發展和研究趨勢，以及醫院為因應健康保險制度有關醫學與生物資訊管理之最新變革與配合措施，以充實自我本職學能，並提升教學研究之能力。由於進修時間有限，因此學習重點與心得報告則側重於瞭解德國健康保險制度之實施概況，尤以總額支付制度的實施與改革經驗，據以做出對我國健保制度改革的建議。

關鍵詞：健康保險

目 次

壹、 目的.....	1 頁
貳、 前言.....	2--3 頁
參、 過程.....	4--5 頁
肆、 心得.....	6--24 頁
伍、 建議.....	25-26 頁

壹、目的

國內全民健康保險制度面臨重大變革，尤以近期實施健康保險總額支付制度，嚴重衝擊國內醫療體系與執業生態，並嚴格考驗醫院經營策略調整之能力，我國軍醫療體系亦深受影響，應及早妥為因應規劃。盱衡全世界實施健康保險總額支付制度的國家中，以德國為最早並最具成效，且為健康保險制度的創始國家，可為我國參考借鏡之處甚多。因此，職奉國防部 93.3.12(93)睦晚字第 0930004258 號令核定，赴德國海德堡大學醫學院醫學生物資訊研究所健康保險組短期進修二個月（自九十三年三月二十日至九十三年五月十九日止）。由於職在本學院擔任大學部「健康保險」及「醫務管理」等相關專業課程之授課，因此，職希望能藉由此此次短期進修的機會，與德國海德堡大學醫學院的相關專業學者接觸、討論並學習，以進一步深入瞭解德國健康保險制度之實施內涵與最新發展和研究趨勢，尤其是健康保險支付制度中，有關總額支付制度（Global Budgeting System）之改革與實施經驗，以及醫院為因應健康保險制度有關醫學與生物資訊管理之最新變革與配合措施，以充實自我本職學能，並提升教學研究之能力。

貳、前言

此次職短期進修之學術機構為德國海德堡大學醫學院醫學生物資訊研究所，此一機構為隸屬於海德堡大學醫學院的一個獨立的教學研究單位，地址位於海德堡大學醫學院附屬醫院的二樓。該所有兩位教授，其中一人兼任所長，另有數名專任教師，共同負責醫學院基礎專業相關課程之授課與研究任務，其他研究人員主要是由十多名專（兼）任研究助理與研究所博士班的研究生所組成。其研究的主題範圍非常之廣，近年主要則以跨專業、跨領域的整合型醫學研究為重點，舉凡與醫學生物資訊管理有關之相關專業領域，皆為其研究之範疇。由於職此次短期進修之目的，希望能深入瞭解有關德國健康保險實施內涵與最新發展和研究趨勢，以及醫院為因應健康保險制度有關醫學與生物資訊管理之最新變革與配合措施。因此，經由指導教授 Pro. Wetter 之安排，職全程參與該所「健康保險組」的研究團隊，一面實地瞭解該團隊有關健康保險制度與醫學生物資訊管理的最新研究方向，一面藉由參與該團隊研究人員定期的研究討論會議，以進一步汲取專業新知。此外，為充分瞭解德國健康保險支付制度有關總額支付制度之實施經驗與概況，以及醫學生物資

訊管理之專業新知，職也每週固定前往該所以及公共衛生學院旁聽相關專業課程。

參、過程

由於職此次進修的時間相當有限，因此進修內容與行程的安排十分密集與緊湊。經由指導教授 Pro. Wetter 之安排，第一週主要實地參觀該所各個主要研究部門與研究團隊成員，以瞭解其最新研究方向與發展趨勢。此外，指導教授另安排專人為職介紹海德堡大學醫學院與當地周邊地理環境，以利職盡快適應當地生活。第二週以後，每週一、三、五上午，職固定前往研究室與研究人員針對研究計畫內容進行討論，下午則在該所旁聽有關醫學與生物資訊管理相關專業課程。週二、四上午，職則固定前往海德堡大學公共衛生學院旁聽有關健康保險支付制度與健康保險財務制度等相關專業課程，下午則參加該所博士班研究生的學術討論會議，並且定期向指導教授報告學習進度與心得。而每隔兩週，由職選定一個與健康保險與醫學生物資訊管理有關的研究主題做專題報告。最後一週，則安排由職向該所全體師生做進修心得報告。其間，指導教授 Pro. Wetter 安排同一研究室的一位博士班研究生輔導職學習德國語言，每天下午五點以後進行一個小時的學言訓練，幫助職迅速提升德國語言能力。而在進修結束前一週，指導教授 Pro. Wetter 特別邀請職前往

其家中聚餐，並口頭同意職將來有機會能前往該所博士班進修，並願意擔任職的課業指導教授，此為職此次短期進修學習最大的收穫。

肆、心得

由於職此次進修的時間僅有短短的兩個月，因此，學習的重點則側重於瞭解德國健康保險制度的實施經驗與概況，尤以總額支付制度的實施與改革經驗，據以作出對我國健康保險制度改革的參考建議。以下即分別從德國健康保險的實施概況、總額支付制度的實施經驗以及對我國健康保險的啟示，提出心得報告：

一、德國健康保險制度實施概況

德國是世界上最早實施健康保險的國家，早在 1883 年俾斯麥首相主政時期，德國政府就要求雇主提供現金給付照顧員工的健康，規定產業勞工強制加入保險，支給實物給付及傷病補助金，但其擴充發展則是在第二次世界大戰之後。德國於 1970 年代初期醫療費用快速成長，健康保險財務由原先的量出為入政策轉為量入為出政策。1980 年由於發生石油危機，健康保險也受到影響，導致醫療費用高漲，之後德國展開一連串抑制費用法案及改革方案，方使費用成長得以控制。其中著名的是實施總額支付制度以及開辦長期照護保險。

(一) 健康保險種類

1. 法定健康保險

1997 年年收入在德國馬克 73800 元以下的受僱者及領取州政府養老金的老年人，強制加入法定健康保險。

2. 私人健康保險

受僱者的年收入超過德國馬克 73800 元以上，則可以自由選擇加入法定健康保險或私人健康保險。

1994 年大約有 90% 的民眾加入法定健康保險；有 8.7% 的民眾參加私人健康保險；另有人同時加入法定及私人健康保險。只有不到 0.5% 的民眾完全沒有任何健康保險。

就保險給付而言，大部分民眾可以獲得綜合性的醫療服務，包括預防性醫療服務、家庭計畫、婦幼衛生、處方用藥、門診、住院、牙科及居家照護服務等。民眾可以自由選擇一般開業醫師或專科醫師門診，但住院則需經由門診醫師或基金會的評估，轉介醫院就醫。

(二) 醫療服務提供者

醫療服務提供者包括公共衛生服務部門、藥事服務部門、開業醫師、公立醫院、非營利私人醫院、營利私人醫院以及居家照護服務機構等。

在西德，醫院主要的三種型態有：

1. 公立醫院

通常屬於聯邦及地方政府所有，其醫師為受薪制，約佔 51%的床位。

2. 非營利性私人醫院

其醫師亦為受薪制，約佔 35%的床位。

3. 營利性私人醫院

其醫師收入為論量計酬，約佔 14%的床位。德國醫療費用的財源，60%來自疾病基金會的保險收入，21%是來自聯邦和地方政府的一般稅收，7%來自私人保險的保險費收入，另外，大約有 11%需要病人自付費用的保險不給付項目。

(三) 疾病基金會

疾病基金會大致分為地區疾病基金會及職業疾病基金會兩種，截至 1996 年底，德國有 572 個疾病基金會。地區疾病基金會參加對象有地理上的

特性，以沒有工作或自營作業人士為主；職業疾病基金會參加對象為有職業者，區分為疾病基金會與補充基金會，前者透過企業組織和職業工會參加，後者屬於個人加入。各基金會可依法自主決定保險費率，不同的基金會有不同的費率，1996年費率由8%--16%之間，平均費率為13.5%。

（四） 醫療費用支付制度

基本上，德國支付制度採總額支付制度及論量計酬分配方式，其中門診採支出上限，住院採支出目標制。所有協商都是在協定行動委員會決定醫療費用成長率的原則下進行的。在門診部分，支付開業醫師的報酬是由地區的疾病基金會與地區的醫師公會討價還價，以決定支付該地區的預算。每個地區的疾病基金會，預算總額轉給地方的醫師公會，地方醫師公會付給私人開業醫師則是依協定的相對點數，論量計酬來支付。在住院方面，醫院設定總額預算，由疾病基金會的代表和醫院的代表洽定給付醫院的費率，如果兩個團體無法達成協商，則轉由中立的非政府機構來協定。在總額預算下，

如果實際住院人日數超過協定，對於超過的部分僅能獲得每日費率的 25%；對於比較複雜，成本較高的案例，如器官移植，則按病例計酬。

1996 年，為了控制日益成長的住院費用，德國住院費用支付制度大幅改革，採論件、論日混合計酬制，支付制度分為論件計酬、特別計酬、科別論日計酬和基本費用四類。其中論件計酬與特別計酬依主要診斷(ICD9)及高度手術治療的組合論病例計酬，共有 220 種，支付點數全國適用，但每點單價則由各州自行協定。除論件計酬以外的診療及護理費用，則採論日計酬，由各院分別訂定每日定額費用。其他包括病房費、膳食費、人事、物料等非醫護性費用屬於基本費用，由各州訂定各科統一適用的每日定額費用。

(五) 醫療費用的協定

德國醫療費用支付制度協商是在邦的層級，由疾病基金會代表與醫師代表組成費用支付標準委員會共同協商。德國政府在政策上希望協商過程中之參與者能充分發揮其專業能力，藉由彼此的合作

與協調，以達成協商的目標。協商的目標為維護良好的醫療品質、醫療行為須符合其經濟性，對於所引發的給付，負責協商的委員會須負起預算責任，如果委員會無法達成共識時，委員會可將爭議的部分呈至仲裁機構處理。德國醫療費用制度是由醫師公會與疾病基金會自行協商，醫師公會與各類疾病基金會均訂立整體契約，疾病基金會依據每個被保險人、每個病例以總額預算的方式給付給醫師公會；醫師公會取得診療報酬總額後，再以論量記酬的方式給付給個別醫師。德國的醫療費用支付制度最大特色在於國家賦予醫師公會法人地位，全權代理醫師相關權益，其目標是要促進醫療服務提供者的合作，在診斷及治療方面，發展品質的標準，更注病人的利益與需求，避免不必要的轉診至醫院住院，能夠適時地，增加門診服務的品質與經濟性。

(六) 政府的角色

在德國健康照護體系中，自主管理是一個很重要的原則。各級政府的角色如下：

中央政府：

核准州政府立法、督導地方的疾病基金會及醫師協會、管理中央政府所屬醫院。

州政府：

掌有一般政策及健康保險系統的裁判權。

地方政府：

公共衛生服務、地方醫院護理之家的財源及管理。

協定行動委員會：

維持健康保險固定的費率及規劃各級政府的責任。

(七) 長期照護保險制度

德國長期照護的保險對象規定，基本上係依循健康保險。但由於長期照護保險性質上並非短期保險，因而對於不屬於強制投保者，亦要求必須投保，法定保險或私人保險皆可，所已近乎全民皆保。長期照護保險的保險人是由長期照護基金會負責保險業務，其運作方式與健保基金會相同。目前全國數百個基金會兩會（長期照護保險及保險）係

同在一屋簷下，共用行政人員，惟財務獨立計算。被保險人如果係於私人保險公司投保其權利與義務則在保單（保險契約）中規範，但保單內容需受相關主管機關監督。長期照護的保險收入亦仿照健保之例，係由勞雇雙方繳交保險費而來。1995年1月1日至1996年6月30日期間，保險費率係投保金額的1%；1996年7月起，保險費率為1.7%。

德國需要長期照護的認定有幾項要件：

- 1.身心疾病或殘障所致；
- 2.無法執行日常生活中普通與例行活動；
- 3.短期（預計至少達六個月）之內無法復原；
- 4.中重程度以上需要定期照護。

需要長期照護及其程度的認定，係由中立的健康保險醫事鑑定服務處」執行。有關日常活動需要協助的項目。可分為四大類：

- 1.清潔身體：擦澡、沖澡、泡澡、刷牙、梳髮、大小便。
- 2.營養：經口飲食的配膳、進食。
- 3.活動：自行起床與就寢、穿衣及脫衣、走路、站

立、爬樓梯、離家並返家。

4.家計：購物、烹調、打掃、沖洗、更換與清洗衣物。

得以請領保險給付的個案，其需要長期照護的程度可分為：

- 1.第一級（中度）：在清潔身體、營養及活動類別方面，至少有兩項活動需要每日至少一次的協助，加上在家計類別方面，需要每週多次的協助。基本照護與家計協助需達至少每日一點五小時，其中基本照護多於45分鐘。
- 2.第二級（重度）：在清潔身體、營養及活動類別方面，需要每日不同時段至少三次的協助，加上在家計類別方面、需要每週多次的協助。基本照護與家計協助需達至少每日三小時，其中基本照護至少二小時。
- 3.第三級（極重度）：在清潔身體、營養及活動類別方面，日夜需要協助，加上在家計類別方面，需要每週多次的協助。基本照護與家計協助需達至少每日五小時，其中基本照護至少四小時。

4.特殊個案：夜間的基本照護需要多位照顧者協

助。在清潔身體、營養或活動類別方面，需要協助達至少每日七小時，其中夜間協助至少二小時。

依據德國聯邦勞動暨社會秩序部於1998年公布的第一份「長期照護保險發展報告」，給付可分為社區機動式照護與機構式照護兩類：

1.社區機動式照護：

(1)實物給付：

指的是個案利用居家照護（到宅）服務。保險支付給服務供給者的費用，在第一級的個案最高可達每個月750馬克，第二級1800馬克，第三級2800馬克，特殊個案可達每個月3750馬克。

(2)照護津貼（現金給付）：

係給予住家內照顧個案的人，此照顧者並不限於個案的近親。第一級個案的照顧者，每個月可領取400馬克，第二級800馬克，第三級1300馬克。

(3)混合給付：

若實物給付的利用未達上限，可申請其差

額當作照護津貼。

(4)代理照護：

家庭照顧者一年可有至少四星期的休假，
休假期間的照護工作可由他人代理，此項額外
支出一年最多 2800 馬克。

(5)日間或夜間照護：

指非全日的機構式照護。保險支付費用
在第一級的個案最高可達每個月 750 馬克，第
二級 1500 馬克，第三級 2800 馬克。

(6)短期照護：

若暫時無法居家或日（夜）間照護，亦可
申請短期的全日機構式照護，一年內至多有四
星期，最高金額 2800 馬克。

2.機構式照護：

至 1997 年底的過渡期間，保險支付給照護
機構的費用，分為第一級 2000 馬克，第二級 2500
馬克，第三級 2800 馬克，特殊個案 3300 馬克，
不足額部分（包括膳宿費用）由長期照護個案自
行負擔。1998 年起，比照醫院之例，由保險人分

別與照護機構簽訂契約，協商照護費用；若個案於非特約機構接受照護，保險最多只能核退百分之八十的費用。

二、總額支付制度的實施經驗與檢討

德國是在 1993 年才真正實施具有強制性質的總額支付制度，此係因應兩德統一後的財政危機，有限期地凍結醫療各個部門的支出。特別是所謂的藥品預算，為一集體懲罰制度，即當年門診藥品總支出超過預算總額的部分，由下一年度門診醫師整體診療報酬中扣除。

（一）總額支付制度的實施內涵

總額支付制度是以 PPS 模式，做整體規劃性考量。量入為出，不做預付性的支付；因此，有多少錢就給多少錢，並要求做多少事。也因此，拿錢做事的單位並自負盈虧。換言之，支付單位不將未來的發展與發明，收納在報酬的範圍內。如此，可規避做事不負責、盲目搶量、盲目擴充的弊端相對而言，提供醫療服務的業者，自己先行整合而區隔市場，以協定的方式來均分大餅，這叫做「整合性醫療體系」。保險單位付款給醫療機構的方式，也可依據雙方協定的方式，在不同的領域或市場區隔裏，依不同的方式進行。若採用論量計酬，則在限定的總價之內，基準點數的單價是浮動的；因此服務量的分配，由執行服務的醫療單位自訂標準、自行監督，正所謂的同儕制約，也就是擁有專業自主權。如

此，可發揮以價制量的功效，保險單位不再為經費虧損的事傷腦筋。

（二）總額支付制度的落實配套措施

徒有總額支付制度不足以合理且有效地控制醫療費用的成長，仍需相關配套措施，尤其是在供給方面。

1. 監督：其中包括法律、行政與專業監督，審查實際醫療服務的項目、數量與品質。
2. 資訊：主動提供醫療準則以及事後的回饋數據給個別供給者。總體面的控制若要落實至個體層面，每位供給者應該獲得即時且具體的數據，藉以隨時修正其供給模式。
3. 價格：在市場經濟制度裡，貨物與服務的價格取決於供需雙方，尤其是消費者的主觀價值判斷。配合總額支付制度的醫療費用支付標準，各項服務彼此的相對價值業已確定，其絕對金額則是浮動的，實際支付單價低於成本的情形不無可能發生；因此，支付標準勢必經常修正，遊走於兩項標準之間。
4. 整體競爭環境：營造競爭的環境，除了以上三類作法之外，更應充分授權、民主決定及監督制衡的機制。

(三) 總額預算的缺失與檢討

以制度經濟學的觀念來看，衛生與健康保險制度是個混合制度，融合自由市場經濟與計畫經濟的特質，同時有私人經營體與公立機構，加上強制的壟斷對於總額支付制度的質疑，常是從市場經濟的角度出發：

1. 總額支付制度僅能抑制健保醫療費用之成長，並不可能解決所有的問題。因為，健康保險需兼顧就醫可近性、醫療品質與就醫成本三大主軸，三者間的平衡點，應由市場機制去決定，不能因短暫保費設計不當，而強行抑制合理的醫療支出。雖然，醫療資源有限，有必要節制浪費，但應該是針對特定醫療服務項目的浪費或誤用，而非全面性的嚴厲限制。
2. 醫療機構是否有足夠能力因應總額支付制度以進行醫療整合工作？總額支付制度是一個理想，但仍需主客觀環境的配合，若無法有效的從垂直與水平整合現有的醫療服務體系，病患的醫療保健資訊無法充分的交流，則醫療資源運用的效率必難以提升，醫療費用之掌控與節制浪費將淪為空談。
3. 總額支付制度有中央集權的傾向：由上而下的決策模

式，無基層民意的活動空間，更易為意識型態、選戰策略與政黨政治所左右。

4. 總額支付制度不符合自由市場經濟：這是個因果難料的問題，是否因為自由經濟在健康保險體系中市場失靈，才需引進總額支付制度？還是應繼續補強其市場功能？
5. 總額支付制度決定支出總額時，即隱含決定需求的上限。然而，需求往往是專家的認定，未必符合民眾的偏好。全國總額、區域總額或部門總額的合理額度為何？與其冀望科學方法，不如求其妥協。
6. 總額支付制度偏重財務觀點，較少品質考量，偏重最終支出額度的控制，較少生產流程的管理。一旦總額預算缺乏彈性，有可能維持既有僵化的生產架構，阻礙創新與進步。
7. 總額支付制度著眼於穩定整體醫療費用。依據財政學的觀點，政府政策應有三大目標：配置、分配與穩定，三大目標常常互相衝突，而需視情況決定其優先順序。

三、德國健保制度對我國健康保險之啟示

(一) 建立長期照護保險制度之可行性

世界先進國家中，德國是繼荷蘭之後，以社會保險的方式來解決長期照護的問題，德國長期照護保險制度係建構於整個社會法典體系之中，在法理與行政實務上與其他社會安全制度制度環環相扣，加上各類文獻探討源源不斷，有助於外人理解與釐清制度的來龍去脈與可能優缺點，頗具參考價值。然而，德國的長期照護保險制度，也並非完美無缺，尤以德國正面臨人口依賴比明顯下降，如不謀求對策，長期照護需求所衍生的財務問題，將超越醫療照護體系所能負擔的能力。我國老年人口比率正逐年快速升高當中，未來極需建立一套完整的長期照護體系，而德國實施長期照護保險制度之經驗，正有許多值得我們參考借鏡之處。未來，我國全民健保應否以附加保險的方式將長期照護服務納入保險？或另外建立一個長期照護保險體系？值得產、官、學界進一步研議，以謀定政策。

(二) 強化醫療費用協定功能

德國政府有效制訂醫療費用控制政策，並透過總額支付制度的實施，建立具有競爭力的健康保險體系以及醫療市

場，是醫療費用控制穩定的主要因素，但是其運作的機制，主要還是來自於建立疾病基金會及醫療服務提供者之間對等的協商。而我國全民健保制度支付標準是沿用公、勞保時代的標準，是否合理？尚有許多值得改進之空間。因此，如何建立雙方對等協商的管道，強化醫療費用協定的功能，則是我們今後應努力的方向。

（三）確保醫療品質

在德國，醫療品質已成為關注的焦點，並由基金會及醫師協會協商其標準。法律中提到應重視醫療品質，但並未公告醫院的死亡率以及合併症發生率。最為德國津津樂道的是其周產期死亡率為 OECD 國家最低者。根據德國流行病學家的觀察，此項成就是由於醫院在產科實施醫療品質確保計畫，與健康保險改革計畫並無相關。而我國全民健保實施以來，焦點均集中在財務、支付及體制面，對於醫療品質幾乎很少關注，應引以為誡。此外，對於實施總額支付制度的配套措施容易誘發的弊端，健保局有絕對的責任，建立品質指標，以進行合理的品質監控與糾正。

（四）預防高科技醫療及藥品過度提供

德國高科技醫療技術及藥品的無限發展，使得醫療費用

的控制更為困難，雖然高科技醫療及高貴藥品的引進，是市場自由競爭的結果，惟應檢討是否供給引導需求？如此，不但會加速醫療費用的成長，也會扭曲了醫療服務的本質。我國全民健保也出現類似的問題，應及早謀求對策。

伍、建議

台灣的健保制度可預見的是因財務困難而提出的各種改革，諸如實施總額支付制度、保險人多元化之研議等。而無論將來健保制度如何改革，政府都責無旁貸。為維護被保險人權益，政府主管機關除了監督所提供的醫療服務必須維持一定水準外，財務狀況更是監督重點，此外，應還有許多亟待規劃處理的問題，諸如未來各醫療專科合理的人力需求、醫療新科技的發展願景以及因應人口老化的老人醫學與長期照護之發展等。以下依此次個人赴德國短期進修經驗，針對我國健保制度提出三點具體建議：

- 一、為避免因健保給付制度而阻斷台灣醫療科技的發展，有關醫療科技的創新與發展均應排除於健保給付限制之外，另由獨立超然機構審查新科技之適當性與可行性，以促使台灣醫療科技發展與先進國家並駕齊驅，也才能真正照顧國民的健康福祉。
- 二、縮小健康保險的給付圍籌，界定國民健康基本保障範圍。政府除應考量財務負擔能力之外，尚應衡量民間雇主與民眾的負擔能力。目前我國健保法係以負項表列健保不給付之項目，無形中也漫無限制的擴大保險給付範

疇，誇大保險財務的負擔能力與應有的責任。若能重新界定合理的基本醫療保障範圍，在範圍內由健康保險承擔醫療財務責任，而超出範圍的醫療服務則由民眾自行決定是否額外付費就醫。如此，才能避免醫療資源被誤用及濫用，並確保健保財務收支平衡，而能永續經營。

三、保險人多元化

以德國實施健康保險的經驗來看，單一的保險機構常會因長期壟斷而導致無效率與缺乏效能。因此，未來我國推動健康保險保險人多元化，藉由競爭機制以激發經營效率並提升效能，是必然要走的路。