

全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究中文摘要

全民健康保險每年之總額成長率有限，如何妥善利用健保，在有限的總額下做最適當之分配，「全民有保，就醫無礙」與「人口風險因子」之概念多年來爭議不斷。然而在「人口風險因子」即「醫療預算之分配」因素的概念為尊且主導之下，倘若不考慮「全民有保，就醫無礙」「病患醫療之需求」的因素，僅依現有之公式逐年調高「人口風險因子」的比例後，各部門總額因「病患醫療之需求」與「醫療預算之分配」之落差越來越大，總額預算逐漸浮現不同問題。六地區因人口成長、跨區就醫費用計算方式與資源耗用，致所獲預算之差距日大，將影響到醫療之公平等價，長期以往將造成醫療品質之下降，實應審慎為之。

蓋全民健保乃基於憲政委託，旨在保障社會救助、社會保險及醫療健康保險等社會福利工作，故針對中醫、牙醫、西醫醫院、及西醫基層，應依照不同保險性質與以不同之規定，已達憲政之任務。又依司法院大法官會議釋字第 524 號解釋：全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。總額實施目的在於健保永續經營及提升全民健康之保障，故其主要任務在於提升醫療服務品質及健康照護之能力為主要任務。倘若以「修正現行醫療體系」為目標，而非提升醫療品質，非但無法律授權且與現行法律規範有別。

中醫、牙醫總額計算方式僅依據「人口風險因子」單一變數，而西醫基層、西醫醫院則依據「人口風險因子」及「轉診型態」雙重變數。由於西醫基層、西醫醫院多出一項「轉診型態」之變數，因此由「人口風險因子及轉診型態」兩個因子所衍生之公式，其單一因子所佔之權重與計算方式將影響總額計算分配之結果。而「人口風險因子」則包括年齡性別指數、及標準化死亡比；至於「轉診型態」則依據各區醫院及診所門診量的比例做為各區分配之因子；然而「人口風險因子及轉診型態」是互相影響，則採取乘冪方式，不同的計算方式將影響全國六區總額計算之結果。故「人口風險因子及轉診型態」所計算之總額是否真正反映各區實際醫療需求，或僅是妥協之結果其存在邏輯上基本的矛盾，且研究至今，發覺各總額確有其差異性，而今以相同地區分配預算公式限制不同總額之地區成長，實有失公允，因此建議，各總額可有不同之公式。

現行健保總額地區預算之分配方式在「人口風險因子」包括人口數目、年齡、性別、人口健康度做了校正後，再加上「標準死亡比 SMR」，然後與「轉診型態」相乘冪後，得到 R 值公式，作為地區預算分配主要的基礎，與英國、加拿大等國家比較，我國的公式相對複雜，其中「標準死亡比 SMR」未必真正反映醫療

需求，「標準死亡比 SMR」計算方法在 94 年後，並未歸戶到中央健康保險局（以下簡稱健保局）投保單位，而是僅依內政部之人口死亡戶籍作為計算基礎，投保人口之「標準死亡比 SMR」計算應依健保局投保單位作為基礎才是正確。此外「轉診型態」校正比例採用醫院門診申報量、與基層診所申報量之比值，由醫療提供者之申報量做為主要依據。涉及醫療機構的分佈，醫療院所的設立，屬於衛生政策面的因素，逕行納入公式中校正，與「人口風險因子」之基本概念相矛盾，恐會導致醫療資源更為嚴重的扭曲，是否應該重新考量。

R 值公式，在政策上是藉由「醫療預算之分配」引導醫療機構的分佈，然而實施多年從牙醫、中醫、及西醫診所，均成效不彰。蓋醫療並非僅是消費行為，其涉及人文、社會、就醫習慣，更重要的是病患及疾病盛行率影響到病患醫療的需求。倘若不考慮「全民有保，就醫無礙」乃達成「病患醫療之需求」的前提要素，將會造成「醫療預算與醫療需求失衡」，是否失衡其有簡單之判斷標準。若「人口風險因子」「醫療預算之分配」，真實反映實際醫療的需求，達成「全民有保，就醫無礙」的目標，將使點值接近於固定值（接近 1 點 1 元），此時不可能產生醫療機構移動之現象。然而在此狀況，依據 National Health Service Review,「need」 may best be defined as the ability to benefit from health care, which depends both on morbidity and on the effectiveness of care.」重點是針對疾病的發生時，能夠有效照顧病患的需求。在此，本文以為提升醫療照護系統之能力達成有效治療疾病之「need」，而非利用預算分配不公之方式、壓迫並改變醫療照護系統之能力，才是現行健保憲政委託全民健康保險醫療費用協定委員會所應採取之國家政策。

倘若利用「人口風險因子」所計算之「醫療預算之分配」，與實際醫療的需求有很大的誤差，例如：某些區域 1 點接近 1.5 元而某些區域 1 點 0.5 元，即「醫療預算與醫療需求失衡」，失衡狀況將造成醫療機構逃離點值 0.5 元之區域，而往點值 1.5 元區域移動。如此，然而低點值的區域是就醫需求多的區域，而高點值的區域是預算多的區域，扭曲預算的分配僅是使醫療資源錯置，與「全民有保，就醫無礙」的目標南轅北轍。多年實際執行 R 值公式，「人口風險因子」雖主導「醫療預算之分配」，然而實際上並沒有明顯促使醫療機構移動及重新分佈的效果，醫療機構的設置主要因素是醫療需求，而非醫療預算的分配。

本研究計畫透過中華民國醫師公會全國聯合會、台灣大學醫療機構管理研究所、臺北醫學大學醫務管理學研究所之合作，藉由跨專業領域及機構之專家、學者與業界，以焦點團體方式及健保資料庫之統計分析，檢驗現行地區預算分配方式是否真達成衛生署之政策目標。

本計畫除分析各分區前期醫療費用之外，為瞭解其他外生變數對各分區醫療費用間的關係，一方面用以作為是否應調整現行分區分配公式之決策基礎，可從外生變數之估計參數，找出影響醫療費用支出的重要因素，提供地區分配預算之理論依據。另一方面，因為牙醫及中醫部門對於地區預算分配都曾遭遇雷同的問題，分別採行改良措施，其實，所累積的經驗值得西醫基層參考，本研究將兩者之變化與影響，深入比較分析，從中歸納出影響的相關因素，提供未來參考，期能釐清總額之合理之地區預算分配方式。