

計畫編號：97K1158

行政院衛生署
九十七年度委託研究計畫

全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究

研究報告

執行機構：中華民國醫師公會全國聯合會

計畫主持人：李明濱

協同主持人：蘇喜、郭乃文、林文德、陳宗獻、石賢彥、張志鴻

研究人員：張孟源、邱泰源、蔣世中、林忠劭、黃幼薰、林子超、謝宗翰

執行期間：97年4月3日至98年1月2日止

本研究報告僅供參考，不代表本署意見

目錄

	頁次
目錄.....	1
摘要.....	4
第一章 緒論.....	9
第一節 研究背景與動機.....	9
第二節 研究目的.....	10
第二章 文獻探討.....	11
第一節 健保總額政策的緣起.....	11
一、健保政策的變革.....	11
二、總額制度的由來.....	12
三、總額制度的簡介.....	12
四、總額制度的歷史發展.....	14
五、現今實施狀況.....	17
第二節 政策實施分析.....	19
一、全國總額情況.....	19
二、地區總額狀況.....	21
三、區域醫療網.....	23
第三節 先進國家之經驗.....	25
一、加拿大：.....	25
二、瑞典：.....	26
三、德國：.....	26
四、荷蘭：.....	27

五、英國：	28
六、各國列表比較	28
第三章 材料與方法	32
第一節 研究分析策略	32
一、文獻探討	32
二、專家座談	32
三、資料分析	32
第二節 研究樣本及資料來源	33
一、門診檔格式	33
二、住院檔格式	33
三、人口學因子格式	34
四、歷年標準死亡比 SMR 獨立呈現	34
第三節 專家會議意見彙整及建議	35
一、中醫界	35
二、牙醫界	35
三、學界	37
第四章 研究結果	40
第一節 各部門總額執行情況	40
一、牙醫部門：以牙醫總額為例	40
二、中醫部門：以中醫總額為例	44
三、西醫基層部門：以西醫基層總額為例	47
四、醫院部門：以西醫醫院總額為例	53
第二節 資料分析	57

第一項、總額各分區投保情況	59
一、各區投保人口成長率	59
二、各區投保實際人口數	60
第二項、分區總額預算成長率	61
一、牙醫六分區總額預算成長率	61
二、西醫基層六分區總額預算成長率	63
第三項、總額各分區醫療利用率	67
一、牙醫總額醫療利用率	67
二、中醫總額醫療利用率	73
三、西醫基層總額醫療利用率	79
四、西醫醫院總額醫療利用率	85
五、全國門住診情況	91
第四項、統計分析地區預算分配公式與醫師人力分布	96
一、西醫分布情形	96
二、牙醫分布情形	100
三、中醫分布情形	103
第五章 討論	106
第一節 綜合討論	106
第二節 研究限制	112
第六章 結論與建議	114
附錄一、期中報告審查意見與回應暨期末會議之專家意見	123
附錄二、期末報告會議專家意見彙整	128
參考文獻	131

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。涉及醫療機構的分布，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」引導醫療機構的分布，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布的效果，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。

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

我國全民健康保險自1995年開辦，迄今已超過十年，自第四年（1998年3月）以來，即產生年度收入不敷醫療費用支出的現象，且醫療費用成長遠高於保險費收入（鄭文輝，2002）。此一財務平衡問題日益嚴重，但在收入方面，卻受限於現實面、民主政治生態及消費者意識抬頭，因此健保費用收入增加困難，費率調高亦是不易；在支出方面，則必須將醫療費用控制在合理成長範圍內。因此，「總額支付制度」的實施，乃被視為解決全民健保財務收支問題以及管控醫療費用合理成長的有效機制之一。

我國的牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額支付制度分別自1998年7月起、2000年7月起、2001年7月起及2002年7月起開始實施。總額支付制度期待達成降低醫療支出，並藉分區預算，引導醫藥資源合理分佈。落實區域醫療保健體系，逐年達成「人口風險因子及轉診型態」做為總額預算分配之政策目標。

然而，地區預算分配公式影響醫療資源分配甚鉅，因為各地區總服務量與分區點值之間呈負相關。一方面，各部門總額傾向減少服務量，另一方面卻誘導個別醫療院所增加服務量以獲得預期收益。此外，浮動點值太低影響科別生態，例如，病理科、外科、婦產科、泌

尿科、小兒科。若未能適當預測各區醫療需求以及醫療供給的實際變化，將嚴重影響醫療提供之品質及數量，以及整體醫療之發展。

第二節 研究目的

- 一、 利用就醫分局別之健保資料，探索醫療供給面之影響因素(分局差異、院所差異及案件別差異)。
- 二、 利用投保分局別之健保資料，探索醫療需求面在資源地區上的差異。
- 三、 探討地區預算分配公式對六分局醫療利用率之影響，是否能達成民眾醫療需求？是否有利縮短城鄉差距？是否能有助於建構社區醫療網？
- 四、 探索人口學變項(年齡別、性別、SMR)對健保總額的影響。

「人口風險因子及轉診型態」是否促成到醫療機構合理分佈及移動，或因為「人口風險因子及轉診型態」造成醫療資源的錯置，乃實際預算執行前最大之變數。

第二章 文獻探討

第一節 健保總額政策的緣起

一、健保政策的變革

台灣地區全民健康保險尚未開辦之前，我國只有六成左右的人口依其身分參加各種不同的社會保障制度。其中最大宗的是1950年的勞工保險，其他還有1958年開辦的公教人員保險、1985年實施的農民保險；當時只有六成的國民享有健康保險的照顧，為了實現照顧全民健康的理想，避免因國民貧病交迫而引起社會問題，政府決定實施全民健康保險，以維護人民身體健康的基本權益，故統合既有各種社會保險的保險對象及其醫療給付項目，並將其他尚未納入保險範圍的四成人口納入保險對象範圍，其中大部分為十四歲以下的孩童及六十五歲以上的老人。民國77年，行政院經濟建設委員會首先成立專責規劃小組，79年7月由衛生署接手規劃，終於在82年12月29日成立「中央健康保險局籌備處」，積極進行全民健康保險的前置作業。民國83年7月19日立法院三讀通過《全民健康保險法》，8月9日由總統公布；10月3日公布增訂強制參加全民健康保險條文；12月30日中央健康保險局組織條例正式公布，並於84年1月1日成立「中央健康保險局」，負責籌辦全民健康保險業務，84年3月1日全民健康保險正式開辦。

二、總額制度的由來

全民健保開辦以來爭議不斷，制度實施下的各環節問題層出不窮，開辦幾年後，頻頻傳出中央健康保險局（以下簡稱健保局）嚴重虧損，因此各式補救辦法也就相繼出爐，我國之門診支付制度原採論量計酬制的方式，亦即門診看的越多門診申報量越多，在此制度下產生了健保連年虧損，總額制度因應而生，首先在牙醫及中醫實施，其成效頗為顯著，因此健保局也在91年7月全面實施此制。然而，不論何種制度皆有其狹隘之面，總額制度雖然解決了健保局虧損之問題，但也造就了全國六區總額預算分配，醫療資源不足、區域人球事件的問題。因此，總額制度的目標是「全民有保，就醫無礙」。

最重要的要件是正確合理分配醫療資源，然而我國獨創之R值公式即「人口風險因子及轉診型態」計算總額的方式，引起諸多爭議，在多年實施後實有檢討之必要。

三、總額制度的簡介

為控制醫療費用的成長，健保局透過逐步引進總額預算支付制度（global budgets or expenditure limits），以總量管制的手段抑制醫療費用逐年上升，以避免健保財務繼續惡化。

總額預算支付制度是指在醫療產業下某些部分的醫療服務的花

費上限控制。而且，在不同的國家總額預算制度的形式也不同。有些國家（如：法國、澳洲、瑞士和瑞典）只針對醫院做總額預算控制，有些國家（如：加拿大以及英國）則同時在醫院以及基層醫師兩部分實施（Delaware Healthcare Association，2001）。

在我國，是指付費者與醫療提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段時間（通常為一年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度（全民健保醫療費用協定委員會，2001）。

而總額預算支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：（全民健保醫療費用協定委員會，2001）

（一）支出上限制（expenditure cap）

預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。我國總額支付制度在實際運作上，係採取本制度。

（二）支出目標制（expenditure target）

預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過標準值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。

四、總額制度的歷史發展

《全民健康保險法》第四十七條至第四十九條、第五十四條皆有明文規定需實施總額預算支付制度。由於考量該制度之衝擊，故將總額支付制度採分階段漸進的方式實施：

（一）牙醫總額預算支付制度

我國自民國 87 年 7 月開始在牙醫門診進行試辦。其支付模式是以支出上限制為主，由全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會）於年度開始三個月前，考量保險對象人數、人口結構、牙醫物價指數、給付範圍、醫療品質及其他醫療利用密集度之改變，加以協定（李玉春，2000）。

如果被保險人必須越區到他區就醫，其費用由原地區支付。每點支付金額以保險對象就醫地區之前一季每點支付金額計算。而各區（健保局各分局轄區）各季醫療費用總預算扣除越區就醫之總費用，除以當地審核後就醫之總額數，即為該區該季每點支付金額（行政院衛生署，1997）。

（二）中醫門診總額預算支付制度

牙醫總額預算制度實施後，衛生署緊接著在民國 89 年 7 月試辦中醫門診總額預算支付制度。中醫總額預算同樣是採支出上限制。基期年原擬採 89 年度，但為避免 921 震災效應及新制部分負擔實施的影響，故以 88 年度中醫門診醫療費用成長 5.83% 估算 89 年度的醫療費用（蔡瓊玉，2000）。

中醫門診總額預算制度原規劃依各區保險對象人數分配，但是採八年漸進方式，即第一年（89 年 7 月至 90 年 12 月）95% 按各區實際發生醫療費用，5% 依各區校正後保險對象人數分配；第二年起依保險對象人數分配所佔比例逐年提升為 15%、25%、40%、55%、70%、85% 及 100%，而其實施前仍須提報費協會協商確定（全民健保醫療費用協定委員會，2001）。

（三）西醫總額預算支付制度

由於考量到西醫醫院與診所在角色分工、主要收入來源、資源重分配方向、費用控制策略及經營目標不盡相同等因素，西醫總額預算支付制度分為醫院和西醫基層醫療費用總額兩部分。

西醫基層醫療費用總額涵蓋門診服務、處置及藥品費用（含自行調劑及交付調劑費用）；醫院醫療費用總額則大致涵蓋特約醫院提供的西醫門、住診療服務。一般門診服務項目採支出上限制，特殊門診服務項目方面，洗腎採支出上限制，預防保健則採支出目標制。

西醫基層費用總額制度第一期為期一年半，其地區預算分配，則與中醫門診總額方式相雷同；是 5% 依各區保險對象人數並校正「人口風險因子及轉診型態」來計算，其餘 95% 則是依據實施前一年各區實際醫療費用的比例來分配，其後再逐年修正比例。

至於醫院總額預算的部分，原規劃於地區預算分配以五年為期逐步增加，第一年也是 5%，之後各年暫訂為 15%、35%、70%及 100%（醫生館，2001）。

民國 90 年 7 月 1 日西醫總額自西醫基層開始上路，翌年 7 月 1 日西醫醫院亦開始實施。自各科實施總額預算後，西醫醫院與基層總額皆面臨點值下降，造成病患變成人球等現象，台灣健保除目前緊急的財務問題外，亦要考慮醫療品質之問題。種種因素，迫使健保局不得不採取相關配套措施，如下：

1. 醫院自主管理與卓越計畫

民國 92 年健保局推出醫院自主管理及卓越計畫，要求醫院自我控制成本。每次給付的金額是固定的，簽約醫院需自行開源節流，並且規定各醫院的門診與住院比率定為 45:55，意即申報過程門診只佔 45%，而住院可申報 55% 的點數。此外，急診列入門診，使得原本高量門診收入的醫院不得不採取限門診、限掛號的措施，或推送病人往他院的情形，造成醫療品質及醫界形象皆受到危害，在各種亂象迫使本計畫於終止。

2. 醫院總額品質確保計畫

「卓越計畫」終止後，民國 94 年 4 月以「醫院總額品質確保計畫」推出，期望解決卓越計畫的後遺症，健保局將該計畫改為本名，並規定多項措施如：病人用藥、掛號轉診、醫院資訊透明化、大醫院的門診／住院病床需上線登錄、急診室不得拒絕收治急重症和罕見疾病病人及品質監測等（熊心如，2005）。最終目的為：不損害民眾之就醫權利及醫療品質不可降低。

3. 轉診制度

數月之後，為強化醫療分工，健保局推動轉診制度，決定將醫院與診所基本門診部分負擔的差距拉大，實施轉診新制度。民國 94 年 7 月 15 日起，診所看病部分負擔仍維持每次 50 元；若是經過醫師轉診之醫院看診，基本門診部分負擔不調整；但若未經轉診，直接至醫院就醫，基本門診部分負擔則依醫院層級別增加 30、100、150 元。

4. 總醫療費用成長率

民國 95~96 年，總額協定方式有所變更，總額預算原係協定「每人醫療費用成長率」，自 95 年度起改為協定「總醫療費用成長率」。原因起於醫界反映「協定『每人醫療費用成長率』，預算額度無法事先確定，影響總額運作與管理」事項，故衛生署回應自 95 年度起，改採擬訂「總醫療費用成長率」範圍報行政院核定。費協會配合，對各部門等相關總額，改為協定其總醫療費用成長率（全民健康保險醫療費用協定委員會，2008）。

五、現今實施狀況

總額制度運作至今，前前後後已經十年。如此的支付制度是否真真正在確保醫療品質同時、有效控制健保支出的膨脹，經歷了近年來醫病關係屢生糾紛、醫療人球事件等，可知存在激烈的爭議。對此亦不乏社會政策面、醫療生態面的評論與分析。然而，在法律面上值得特別注意的是：全民健康保險作為以法律導入的全民強制性的健康保險，並非只是單以「效率」、「盈虧」的觀點來決定制度更動的。全

民健保制度架構目前是建立在國家層級的措施，強制加保、強制課徵保費、由國家單方決定醫療給付的範圍與項目等，這些都強勢地限制了人民自主規劃其健康管理與財務支配的自由，也因而導出：這樣的強制保險制度的存續，若無法滿足其「憲法委託」的正當性，則此制度的存在甚至有違憲之虞。而憲法允許此種強制性社會保險的存在，亦是基於為國民承擔生活中的健康風險，以避免人民受重大傷病之威脅，這才是此強制保險合憲性之基礎，故不能以「避免支出膨脹」、「節省支出」等理由而捨棄的。因此，總額支付制度是否會造成與全民健保制度本身目的衝突抵觸的情況，就必須謹慎地加以檢驗（蔡維音，2006）。

另外，我國總額支付制度在實際運作上，實施過程可能面臨的優缺點可分析如下：（林雨靜，2001）

優點：

- （一）醫療費用的成長可以控制在合理範圍內。
- （二）醫事服務提供者由於預知全年預算總額，可減少以量計酬的誘因，並配合醫療院所及醫師檔案分析的運用，可使服務行為合理化。
- （三）在固定年度總額的前提下，醫事服務團體可以自訂支付標準及主導專業審查，專業自主權得以提升；另一方面，亦

可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理。

- (四) 藉由付費者與供給者共同協商，加強雙方成本意識，並使雙方權益顧及平衡。

缺點：

- (一) 參與協商的各方，如果不具備充分的協調能力與準備，難使協議順利達成。
- (二) 總額預算支付制度必須配合其他支付基準（如論人計酬、論病例計酬等），否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理。
- (三) 醫療服務提供者自主審查，如果審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣的不公平現象。
- (四) 如果事前缺乏完整的監控機制，醫療品質可能會受到影響，導致被保險人的權益受損。

第二節 政策實施分析

一、全國總額情況

全民健康保險自民國 87 年 7 月 1 日起先行試辦牙醫總額支付制度，又於民國 89 年、民國 90 年、民國 91 年 7 月 1 日起分別實施中醫門診、西醫基層醫療、與醫院總額支付（預算）制度，自民國 95 年度起，四個部門皆改為協定「總醫療費用成長率」，故無法與 94

年度前完全對照比較，只並列供參考。牙醫部門在醫療給付費用成長率方面，從實施之初的大於 3% (3.32%)，至今皆控制在 3% 之下；中醫部門也從實施之初的 6.33%，降至今日 2.5% 上下；西醫基層部門則皆在 2.5% 以上，且逐年提高至 4.5% 的情形；醫院部門則一開始就在 4.0% 上下，且逐年直逼 5.0% 的現象，可參見下表。

表 2.1 年度醫療費用總額及協定結果

單位：%

	每人醫療給付費用成長							總醫療給付費用成長率	
	90 上半年	90 下半年	91 上半年	91 下半年	92	93	94	95	96
行政院 核定範圍	2.21~ 4.54	2.21~ 4.54	1.67~ 4.00	1.67~ 4.00	1.55~ 4.02	0.51~ 4.00	1.34~ 4.03	1.71~ 5.00	2.32~ 5.10
費協會 協定結果	4.11	4.11	2.342~ 3.707	3.883	3.899	3.813	3.605	4.536	4.501
牙醫 門診	3.32	3.32	2.50	2.50	2.48	2.64	2.90	2.93	2.610
中醫 門診	6.33	3.00	2.00	2.00	2.07	2.41	2.51	2.78	2.478
西醫 基層	2.21~ 3.97 (目標值)	3.727	3.727	3.727	2.898	2.70	3.228	4.684	4.181
醫院	2.21~ 3.97 (目標值)	2.21~ 3.97 (目標值)	1.61~ 3.727 (目標值)	4.00	4.01	4.10	3.53	4.90	4.914

資料來源：全民健康保險醫療費用協定委員會，2007

然而，台灣地區的健保費用成長率相較國外情形，可參見下表，1995 年（民國 84 年）三月健保開辦，1996 年有完整資料後，1997 年始可計算成長率。從表中可以看出自 2002 年（民國 91 年）總額全面實施之後，總費率成長確實有效被控制（從 7% 降到 4% 左右），也

確實比外國的情形樂觀，但數年來仍舊引發許多制度面的問題有待改進。

表 2.2 醫療費用年平均成長率之國際比較

西元年 國家	單位: %															
	1990- 1991	1991- 1992	1992- 1993	1993- 1994	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006
加拿大	9.6	5.3	2.1	1.7	-0.4	-1.2	4.7	6.7	2.1	3.8	8.1	5.8	4.1	6.4	5.8	7.1
法國	6.8	6.8	5.7	3.5	3.8	3.4	3.4	3.4	2.4	5.0	6.7	6.4	12.0	6.4	6.5	...
德國	...	...	3.2	8.2	6.7	5.8	1.3	2.5	2.6	4.7	3.6	4.6	8.1	2.8	2.1	...
義大利	9.4	3.3	2.6	1.4	-1.5	4.3	6.4	4.4	1.7	9.8	4.9	4.9	1.1	7.5	6.6	6.1
日本	...	...	...	...	...	9.8	4.1	6.2	7.1	7.8	6.4	5.2	3.7	6.3	...	...
韓國	6.7	16.5	9.7	5.9	12.1	15.0	9.9	1.2	20.2	8.5	25.3	4.0	9.1	9.5	17.9	...
荷蘭	9.0	6.1	3.9	2.7	3.1	3.8	4.2	-2.5	4.5	6.1	13.9	12.1	6.0	8.3	7.6	...
挪威	9.6	7.8	2.3	5.6	5.5	8.6	14.2	8.0	10.5	10.5	7.5	10.7	8.4	6.3	7.8	7.2
美國	10.6	9.0	6.6	5.2	5.6	4.8	4.8	4.6	4.6	6.0	8.4	7.8	7.6	7.3	7.4	...
台灣 (全民健保)	...	...	...	...	...	...	...	11.6	8.1	2.6	7.0	7.4	4.4	4.2	3.7	3.9

※2006-2007年台灣(全民健保)醫療費用年平均成長率預估為4.8%。

資料來源：全民健康保險醫療費用協定委員會，2007

二、地區總額狀況

目前衛生署交付之地區預算分配原則為：1、地區之劃分方式：以健保局六分局所轄範圍，區分為六地區來分配預算。2、分配方式：用牙醫、中醫採「人口風險因子」之概念分配預算，西醫基層及西醫醫院採「人口風險因子及轉診型態」之概念分配預算。但為平衡「人口風險因子及轉診型態」對總額制度實際醫療利用率及地區之衝擊，因此設定以「開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」為S值及「各地區校正人口風險後保險對象人數」為R值，以S值與R值為分配參數，並逐年調高其R值「人口風險因子及轉診型態」占率，最終希望能達成預算100%按「人口風險因子及轉診型態」作為預算分配的目標。3、人口風險之校正因數：年齡與性別（西、中、牙醫）、

標準化死亡比與門診市場占率（西醫）。係「人口風險因素及轉診型態」校正保險對象人數分配—包括費用占率權重、人口占率分區權重、年齡性別權重、標準化死亡比權重¹、轉診型態資料，逐年達成「人口風險因子及轉診型態」作為分配的唯一指標之政策目標。牙醫門診總額於2006年達成百分之百依據「人口風險因素」，但實施兩年之經驗後，認為亦應在部分區域預算上進行微調，以利制度運作。其他的總額制度均因實際執行困難，而有所更動。中醫總額從95年起試行東、西兩區地區分配制度。

西醫基層總額97年依據前三期實際醫療費用占率來作地區分配（1、97年成長費用中撥出1.5億元，補償中區S值921地震傷害。2、基層總額地區分配方式在97年暫停實施1年，改採以下方式：按各分區94到96年三年平均費用點數占率分配。但，最低成長率不得低於2.5%，其差額由其他5分區按各94到96年三年平均總額預算數佔率分攤，以校正總額實施六年所造成的問題。）），醫院總額也對現行地區分配公式有所爭議。因此目前的分區分配公式亟待檢討。

¹摘自衛生署 97.11.11.會議，盧瑞芬教授：「有關 R 與 S 值部分，就日本來講，在做不同保險間的互相補貼機制時，只用 75 歲以上的人口數，因此，人口的影響應該是非常高的，不懂為什麼會放 SMR 下去，因為死亡率與醫療使用有什麼關係，我其實並不是很清楚。」

三、區域醫療網

依據醫療法第八十八條規定：中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。為均衡各地區醫療資源發展，使醫療人力及設施能合理成長並充分發揮功能，提升醫療服務品質，使每一國民於需要時，均能在最短時間內得到適當的醫療保健服務，衛生署自七十五年開始執行「醫療保健計畫—筹建醫療網計畫」，以建立區域醫療網及分級醫療作業制度²。醫療網計畫將台灣地區劃分為十七個醫療區域，以區域為單位規劃醫療人力與設施；由衛生署邀集各有關單位組成「台灣地區醫療網推動委員會」，負責計畫規劃、推動、聯繫、協調事宜。各醫療區則由當地醫療衛生相關單位成立「區域醫療網協調委員會」，研議協商各該區之醫療保健服務相關事宜；又為協助各區域建立區域醫療服務體系，指定輔導或協辦單位輔導十七個醫療區域辦理區域內醫療保健服務相關工作，並協助評估、發展各類特殊醫療服務。其後醫療網計畫為與健保資源整

²醫療網建置計畫迄今為第五期。第一期為建立醫療網自 77 年 7 月至 79 年 6 月。第二期為醫療網第二期計畫，時間自 79 年 7 月至 85 年 12 月。第三期為建立醫療網第三期計畫，時間自 86 年 1 月至 89 年 12 月。第四期為新世紀健康照護計畫，時間自 90 年 1 月至 93 年 12 月。第五期為全人健康照護計畫，時間自 94 年 1 月至 97 年 12 月。

合，配合中央健康保局各分局所轄之行政區域（健保分區），整合為六大醫療照護區域。

目前六區醫療照護區域網，期進行第五期為全人健康照護計畫，時間自 94 年 1 月至 97 年 12 月。而以南區醫療照護區域網為例，依年度如下：

94 年度計畫成果

- 94 南區醫療網重點一、輔導醫療機構建立病人安全制度成果報告
- 94 南區醫療網重點二、建構以病人為中心之醫療照護模式成果報告
- 94 南區醫療網重點三、強化以社區為主體之醫療體系與提升基層醫療品質成果報告(建置中)
- 94 南區醫療網重點四、推動轉診與轉檢制度成果報告
- 94 南區醫療網重點五、辦理各類醫事人員繼續教育訓練成果報告
- 94 南區醫療網重點六、推動民眾政策宣導及衛生教育方案成果報告

95 年度計畫成果

- 95 南區醫療網重點一、輔導醫療機構促進病人安全成果報告
- 95 南區醫療網重點二、建構以病人為中心之醫療照護模式成果報告
- 95 南區醫療網重點三、強化社區醫療體系，營造厝邊好醫師，社區好醫院之醫療環境成果報告
- 95 南區醫療網重點四、落實雙向轉診制度成果報告
- 95 南區醫療網重點五、辦理各類醫事人員繼續教育訓練成果報告
- 95 南區醫療網重點六、民眾政策宣導及衛生教育方案成果報告

96 年度計畫成果

- 96 南區醫療網重點一、輔導醫療機構促進病人安全成果報告
- 96 南區醫療網重點二、建構以病人為中心之醫療照護模式成果報告

96 南區醫療網重點三、推展及強化社區醫療體系，營造厝邊好醫師，社區好醫院之醫療環境成果報告

96 南區醫療網重點四、落實雙向轉診制度成果報告

96 南區醫療網重點五、辦理各類醫事人員繼續教育訓練成果報告

96 南區醫療網重點六、推動民眾政策宣導及衛生教育方案成果報告

96 南區醫療網重點七、其他區域輔導及醫療資源整合配合事項成果報告

據此可知，「社區醫療網之建置」須諸多政策加以配合，及相關配套措施，故本文以為「社區醫療網之建置」絕非「人口風險因子」或其他任何單一因子所能達成之政策目標，而「人口風險因子」利用預算分配方式，是否有助於達成社區醫療網之目標仍有討論空間。

第三節 先進國家之經驗

目前在經濟合作暨發展組織（OECD）國家中，已實施總額制度的約有十數個，各國依國情、民情、提供型態、支付方式不同，則有多種變革，以下將介紹先進國家之現況。

一、加拿大

加拿大的醫療保險體制，主要以省為單位。聯邦政府統一規定健保制度的架構，但允許各省政府之差異。各省由省政府或是財務委員會負責與醫院協商預算總額，因地制宜，決定支付標率的調整幅度。醫院支付制度為支出目標制，根據醫院過去的資料，以三年移動平均值的趨勢，預測未來的預算總額。各省政府對醫院的總預算皆定上

限，並對醫院高科技設備及病床數擴張有嚴格的管制（盧瑞芬、謝啟瑞，2000）。加拿大各省在住院方面皆採用「支出上限制」的總額預算制度，至於門診、醫師費用的部份各省並不相同。

Leonard et al（2003）的研究結果顯示，加拿大實施總額預算後，住院天數比其他未實施總額預算的國家短，加拿大因為成功控制醫療費用，而成為各國在健保制度改革過程中取經的對象。

二、瑞典

瑞典的健保醫療為公辦公營，擁有 90% 的公營醫院。在健康照護系統由三個層級單位管轄：中央政府、市議會和自治區。瑞典的總額預算制度只針對醫院實施（林雨靜，2001）。總額預算制實施於 1980 年，醫療開支總額資金主要也是來自一般政府開支，且預算擬定是根據歷史費用。總額預算實施後醫療費用明顯下滑，但對醫療資源分配並無太大幫助（Blomqvist，2001）。

三、德國

德國是世界上第一個以社會立法實施社會保障制度的國家，其於 1993 年有一次大規模的健康體制改革，原因出自醫療費用佔該國 GDP 比例甚高（Schwermann et al, 2003），其中加強醫師總額預算及實施用藥總額是一大課題。自實施總額預算後，藥費的控制有明顯的

改善。然而德國的藥價總額仍產生了許多問題。如同世界其他發達國家一樣，高科技醫療、新藥品、人口負增長及人口老齡化等因素，已使各大醫療保險機構每年收取醫療保險費的增長速度明顯低於醫療保險支出的增長速度。1993 年以後，保險費收入增長低於支出增長，醫院開始出現赤字，因而影響醫療品質，故德國的保險制度才會在 2006 年擬取消總額預算機制，而改以論病例（DRG）支付方式。

為此，德國衛生部門提出一系列管理辦法。1.退休人員繳費。2.加強對雇員收入的稽核度。3.適度提高籌資比例。4.結算方式逐步向 DRGs 結算方式控制醫療費用。5.縮短專利藥品的專利保護期。直至 2002 年以後，德國的醫療保險結餘赤字情況才改善。

四、荷蘭

荷蘭屬多元保險人制度，發展論人計酬與總額預算制度已經多年。荷蘭的健康保險分為三大部分；特殊性社會保險、一般健康保險、附加保險。（全民健保醫療費用協定委員會，1999）在荷蘭，醫師費是以論人計酬方式支付家庭醫師。醫院採個別總額預算，住院是以支出目標為主，門診則是採支出上限。荷蘭中央費率機構以被保險人風險校正論人支付制度支付費用給各保險人，保險人再以論人計酬支付給家庭醫師，並以總額預算支付給醫院。荷蘭目前運作尚稱良好（核醫會訊，2001）。

五、英國

在英國，總額預算涵蓋範圍包括醫院及基層醫師，而預算額度是由轄區自行決定。有關醫療部份的預算，在中央由衛生與社會安全部及其他部會共同競爭預算的分配。衛生與社會安全部的預算分配至各區域保健局以運作醫療相關業務（盧瑞芬、謝啟瑞，2000）。

六、各國列表比較

各國總額預算實施情形不同，許多國家只針對醫院作總額，下述之德國、英國及荷蘭因同時在醫院及基層醫師實施總額，故表列之。

表 2.3 德國、英國、荷蘭總額支付制度運作模式一覽表

	德國	英國	荷蘭
政府稅收	6.4%	73.5%	4.1%
社會健康保險	69.4%	9.8%	64.5%
自付	12.8%	11.1%	8.0%
私人保險	7.1%	3.5%	17.5%
其他	4.3%	2.1%	5.9%
支付制度	總額預算及論量計酬並用	總額預算、論人計酬及論量計酬並用	總額預算、論人計酬
實施方式	門診採支出上限制；住院採支出目標制	門診採論人計酬及論量計酬並用；住院採支出上限制	門診採論人計酬；住院採支出目標制
給付範圍	醫院費用、醫師費、	醫院、醫師費及藥物	醫院、醫師費二大

	藥劑費皆為總額預算之範圍。	三大類。	類。
財務來源	住院總額預算是由疾病基金會（保險人）分別與醫院進行協商；門診總額預算則由疾病基金會與保險醫師公會進行協商。	稅收	稅收
分配方式	<p>門診總額預算制基本上仍採論量計酬，惟對每項醫療給予固定點數金額。</p> <p>住院方面，德國原採論日計酬，區分科別（病房）、地區、層級支付。近年改採彈性總額，即預先設定醫療服務利用量可容許之上漲率，各疾病基金會於年終時再利用 75% 的校正法。不過較複雜、成本較高的案例，如器</p>	<p>門診多由 NHS 家庭醫師負責，主要採論人計酬，論量計酬為輔。家庭醫師採總額預算；少數由私人醫療保健服務經營的診所，採論量計酬，費用由病人自行支付，但後來則以論人計酬為主。</p> <p>住院部分實施總額預算，並採支出上限法。</p> <p>1989 年以前，藥師</p>	<p>中央費率機構以被保險人風險校正論人支付制度（RACP）支付費用給各保險人；保險人再以論人計酬支付給家庭醫師。以總額預算支付給醫院，荷蘭醫院總額預算是以醫院為單位，一家醫院一筆預算，醫院的年度預算是固定的。</p>

	官移植，則仍以論病例計酬支付。 藥費方面乃採總額預算支出上限制。	收入來源主要以藥品成本加上調劑費來計算。調劑費用採取總額預算，每年由藥事團體與衛生部協商而確立。	
總額預算 考量因素	物價上漲指數及經濟成長指標；各疾病基金會平均投保薪資；有業者平均薪資；醫療服務成本。	以過去之醫療費用為主要之協商基礎，其他如國家經濟政治承諾、新科技。	以過去之醫療費用為主要之協商基礎，其他物價上漲率，資本投資設備，生產力增加。
資料來源: OECD Health Data 2001			

此外，根據 Rice（2001）比較各國不同地理區域預算分配的參考因素，整理如下表：

表 2.4 各國區域預算分配之參考因素

國家	適用範圍	個體層級	總體層級	其他因素
澳洲	17 個區域	年齡 性別 種族 遊民	死亡率 教育水準 城鄉別	私人醫療利用 跨區流動 成本變異
加拿大	17 個衛生行政區	年齡 性別 種族 福利狀況	偏遠地區	跨區流動 虧損準備基金 成本變異
丹麥	14 個區域委員會	年齡	年齡 單親父母之小孩數	地方稅基
英格蘭	100 個健康行政主管單位	年齡	死亡率 罹病率 失業率	成本變異

挪威	19 個區域政府	年齡 性別	獨居老人 種族群 社經地位 死亡率 獨居老人 婚姻狀況	稅基
義大利	21 個區域政府	年齡 性別	死亡率	防人球機制 (Damping mechanism)
紐西蘭	4 個區域	年齡 性別 種族 福利狀況	城鄉別	逐步實施 (Phase-in)
北愛爾 蘭	4 健康委員會	年齡 性別	死亡率 獨居老人 福利狀況 早產兒	郊區成本
蘇格蘭	15 健康委員會 (health boards)	年齡 性別	死亡率	郊區成本
瑞典	9 健康照護主 管單位	年齡 獨居 就業狀況 房屋 先前住院診斷		逐步實施 (Phase-in)
威爾斯	5 地區健康主 管單位	年齡 性別	死亡率	偏遠成本校正

(整理自 Rice, 2001)

第三章 材料與方法

第一節 研究分析策略

一、文獻探討

針對各國預算實施情形、國內總額預算實施現況、國內資源分配的方式（年齡性別權重、標準化死亡比權重、轉診型態資料）進行收集，並輔以網站及各相關單位常務性資料，對各地區醫療資源分配之合理性，進行歸納分析。

二、專家座談

以「焦點團體」方式透過專家座談的方式，建立研究架構。提供各種經驗，以為各種可能研究因子的選定，並提出改善方式建議。

三、資料分析

針對全國醫療狀況，以現有醫療及健康相關資料庫進行分析，包括衛生署、健保局等資料。將資料依年度別、分局別、層級別、年齡別等因素作數值分析，以呈現六分局間的異同。

全國醫師人力數以全國 368 個鄉鎮市區為單位，計算每十萬人口人力密度。隨後以密度排序，而以地區人口累積百分比為 X 軸，人力累積百分比為 Y 軸，畫出 Lorenz 曲線，並以積分法計算醫院、診所的全國及各分區之西醫、牙醫、中醫人力 Gini 係數。分析方式採以 Lorenz 曲線所計算的 Gini 係數及無西醫、牙醫、中醫人力鄉鎮市區數分析各人力的分布情形，以十年間之西醫師、牙醫師、中醫師於

醫院執業百分比分析各人力的執業情形。

第二節 研究樣本及資料來源

本研究醫療狀況分析之資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別³，及健保局提供 2004~2007 年之健保就醫門診檔及住診資料進行分析。針對醫院診所門診檔、醫療人員門診檔、醫院診所住院檔、醫療人員住院檔、人口年齡分層檔等五個檔進行分析。資料中所包含變項包括：年度、季別、分局別、縣市別、就醫院所代號、院所權屬性、就醫科別、案件類別、性別、總醫療點數、件數...等變項。

一、門診檔格式

年度、季別、分局別、縣市別（就醫地）、就醫院所代號、院所權屬性、就醫科別、案件類別、性別、總醫療點數、件數、開藥天數、藥費點數、診療費點數、診察費點數、藥事服務費點數、病人數（不具加成性）。

二、住院檔格式

年度、季別、分局別、縣市別（就醫地）、就醫院所代號、院所

³ 資訊分析部分統計分析基礎並非侷限於藥品、檢驗，而是以總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別等資料，及健保局提供之 2004~2007 年之健保就醫門診檔及住診資料作為統計分析基礎。

權屬性、就醫科別、案件類別、性別、總醫療點數、件數、住院天數、藥費點數、藥事服務費點數、手術費點數、麻醉費點數、病人數（不具加成性）。

三、人口學因子格式

年度、季別、分局別、性別、年齡層、總醫療點數、件數、開藥天數、藥費點數、病人數、慢性病醫療點數、慢性病件數、慢性病開藥天數、慢性病藥費點數、慢性病病人數。

四、歷年標準死亡比 SMR 獨立呈現

研究原本欲針對希望取得性別、年齡別、疾病別、縣市鄉鎮別、不同總額部門別等因素，嘗試以多角度、多層次面向思考，但受限於健保局常規性之資料處理程序及計畫執行時間限制，健保局只能提供平日常規性的就醫資料整合檔。另外，健保就醫原始檔及承保資料需要經過申請作業流程以取得，然此二資料與本研究之需求仍有一段距離，故只針對就醫分層資料作數值分析。

醫事人力資源分析之資料來源：西醫、牙醫、中醫人力資料來自衛生署 1997 年及 2006 年的「臺灣地區公私立醫療機構及其他醫事機構現況統計表」中醫院及診所的西醫、牙醫、中醫人力數；人口資料

以內政部統計處統計月報中 1997 年及 2006 年的鄉鎮市區人口數，作為全國及各地區的人口數據。

第三節 專家會議意見彙整及建議

本研究經歷數次專家會議，彙整來自各界的意見，包括學界意見、牙醫界所提供 R 值走向 100% 的經過、中醫界嘗試新制度的近況，希望多方面收集經驗以為西醫基層及醫院借鏡。研究的進行期間正值 98 年度總額協商會議，衛生署所舉行健保總額之例行會議亦採入參考。

一、中醫界

用人口風險因子要來校正各區醫療資源的分配，對中醫來講衝擊很大。總額已試辦五年，愈走愈糟糕，我們重新調整分配了三年，各項指標都很穩定，也朝著很好的方向發展。

中醫不贊成再加入會造成不穩定的任何制度，至於什麼檢討制度、醫療資源分配好不好，不是用一個風險因子來校正就可以達到。

二、牙醫界

牙醫界 R 值已經百分之百了，所以對人口風險因子的檢討，除非是說需要我們提供這十年來逐步走來的經驗，我們牙醫部門對這個部分沒有太大的意見。

R 跟 S 值的部分，牙醫沒有這個問題，但西醫基層提到的北區的

狀況，牙科部門也有類似的狀況，可能原因是因為北區從全國人口來比，十年前和十年後投保人口成長率很大，所以除非不考慮人口佔率的部分，否則錢跟著人走，錢就會走到北區這一塊。

錢跟著人走的人到底要用戶籍人口還是投保人口算，其實還是要回歸到衛生署的政策，理論上民眾走到哪，醫療資源就要伴隨進入到那才對。

六分區的架構是否符合錢跟著人走、醫療資源再跟著錢走，原初以為應該是台北市、台中市、新竹市、台南市及高雄市等都會區是一個等級，週邊的鄉鎮是另外一個等級，旁邊醫療不足區才是最後一個等級。如今卻是把台灣地圖畫成六條線切開，結果宜蘭縣是和台北市同一級，那難道是要宜蘭縣的醫師到高雄去執業嗎？要做到錢跟著人走，那在六分區的架構是不是應該有另外一種思考？另外一個檢討？

如果要錢跟著人走，那應該以病人為中心，性別、年齡在各分區是有差異的，如果還是要以這六分區來分配的話，那也應該要以病人為中心，就實際上那個區域病人的服務量來作分配。過去因為跟著投保人口走，故沒有辦法照顧到是不是要跟著病人走。但這不算是跟著醫師走，而是要跟著病人走，病人進到了診所，真的需要提供醫療時，錢就應該移到這裡才對。

三、學界

(一) 四個總額的特異性

四個總額不一樣，討論公式時應分開談。而醫院總額部分，是否可以錢跟著人走，關鍵在於目前各區是投保人口而不是實際的就醫人口，但是在總額的計算公式裡面，其實是有調整跨區就醫的問題，所以錢是不是真的能著人走，還要進一步討論。

(二) 跨區就醫

跨區就醫的計算方式，包括是依就醫地區或投保地區前一季的點值來計算等方法。但是現行架構下，分著六區去做，所以沒辦法全部一致來看錢到底能不跟著人走。

(三) 點值的迷思

是否地區點值讓它比較高，就可以提供醫療提供者一些足夠的誘因，把他移動到當地去，個人覺得點值的計算公式非常複雜，尤其牽涉到醫療提供者對點值的反應，所以不要對點值寄予厚望，因為過去研究分析顯示，醫療提供者對點值的反應沒那麼多。

六個健保分區並不足以反映及代表醫療資源的豐富或貧乏。

(四) R 值、S 值、trans 值、SMR 等因素

有關 R 與 S 值部分，就日本來講，在做不同保險間的互相補貼機制時，只用 75 歲以上的人口數，因此，人口的影響應該是非常高的，

但不懂為什麼會放 SMR 下去，因為死亡率與醫療使用有什麼關係，其實並不是很清楚。

各分區各分局的人口，有些人是較老化的，有些人是比較不健康的，因此需要校正。校正時，是用人口指數，加上性別、年齡做為校正，有些地區的人口比較老化、比較不健康的，需要給多一點錢的概念。但當年研究健康風險的校正時，因為找不到更好的指標，所以最後用 SMR。雖然在任何文獻及國家都看不出以 SMR 值可用來作為點值校正，但沿用多年已知不恰當，未來可作調整，或化繁為簡，以人口百分比及性別百分比來校正。

轉診型態（Trans 值）本義是在校正區域裡面醫院與基層錢的流動問題。可是，需要嗎？現在在各個地區裡，才有錢流的問題，應該是地區分局跟地區分局之間的看病的問題（跨區就醫）。

（五）總額分配方式

錢應如何分給各部門，不該是錢跟著人走。錢分到各分區，可以錢跟著人走，因為這個分區有多少人需要照顧，就分配多少資源，這是合理的。可是要分什麼支付項目、或者是什麼樣的部門別時，就不應該錢跟著人走。當錢要跟人走，要做分配的時候，就是這個地方有多少人，再乘以每個人要分配多少錢，多少人是固定的，至於每人要分配多少錢，要以總額開始推之前，平均每人每年的醫療費用，當作

標準，但此為一平均值。

基層提到相同的工作分到不同的錢，這是點值的關係導致的。所以建議將全國區域變成一個區域，這個建議很理想，但恐怕與現在醫療保障體制和醫療照護體制所不許。

平衡醫療資源應化繁為簡，是不是容許不同的總額有不同的空間去執行他們的想法與訴求，但是以平衡醫療資源的成果當作要求四個總額受託單位的想法，是不是會更簡單一點。

第四章 研究結果

第一節 各部門總額執行情況

針對各部門總額實施至今執行現況及相關建議，本研究進行六次焦點團體訪談，彙整各部門之意見，內容如下：

一、牙醫部門：以牙醫總額為例

地區預算之分配，係以「人口風險因子」為單一變數之 R 值與「開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配」之 S 值為基準，逐年調整兩者之間的占率，規劃以五年為期，要求逐年往前推進，直到「人口風險因子」達 100% 校正完成，如下表：

表 4.1 牙醫總額歷年協定

	8707~ 8806	8807~ 8912	90 年	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年
牙醫歷年協定成長率	8.00%	8.00%	3.32%	2.50%	2.48%	2.64%	2.90%	2.93%	2.61%	2.65%
原規劃「人口風險因子」	10%	20%	40%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
費協會 51 次委員會議修正 「人口風險因子」	10%	20%	40%	50%	70%	90%	100%	100%	100%	100%
費協會 93 次委員會議協定 「人口風險因子」	10%	20%	40%	50%	70%	70%	80%	100%	100%	100%
以開辦前一年各地區實 際醫療費用比率分配	90%	80%	60%	50%	30%	30%	20%	0%	0%	0%

第一次（分五年）：經六分區達成共識後實施。

第二次（分七年）：台北分區與中區因點值壓力，希望延緩 100% capitation 的時間，經牙醫六分區討論後，達成共識。

第三次（分八年）：六分區達成以下共識，牙醫界朝此方向發展，且列為 94 年度的工作目標：

- （一） 去除不必要的醫療行為
- （二） 檔案分析指標法制化
- （三） 限制特約牙醫院所
- （四） 設定區域獎勵款
- （五） 訂定健康指標
- （六） 改善 treatment guideline
- （七） 實施高額折付
- （八） 完成幹部訓練與考核
- （九） 研議區域重分配

96 年牙醫全聯會會員代表大會提案，六分區預算總額分配案，一度引起對峙後經多次會議協商，達成共識如下：

（一） 思考方向：

1. 不能傷害牙醫門診總額成長率及運作為前提。
2. 分區內對於醫師人口比較高之地區應做分區內之調整。
3. 分區預算分配時，教學醫院之影響因素應列入考慮。
4. 以醫療品質配合品質保證保留款調整分區之預算分配。
5. 分區就醫率校正分區間預算分配：採分__年逐年漸進調高此項因素百分比。
6. 協定好之分配原則與執行期限後，若無特殊因素則於執

行期限後再做檢討。

7. 南投縣、宜蘭縣等不合理之部份由其他分區配合彌補。

(二) 分配方式：自一般服務之成長率中，移撥 0.681% 成長率之預算，進行區域內調整，以提升各該區之就醫可近性與醫療服務品質。其餘相關預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

97 年為了促使醫療資源不足區，能投入更多的醫療資源，因此正在研議「98 年度牙醫醫療資源不足區點值保障方案」。

總額支付制度劃分六分區，是多重因素考量。但分區預算的立足點必需以 100% 的人口風險因子來作地區預算分配之基準，這是總額支付制度的最基本精神。沒有 100% 的 capitation 分區預算分配，就沒有總額支付制度。

但是，沒有一種制度可以涵蓋各種層面，各個分區內的醫療預算運用，是否貫徹了總額支付制度“錢跟著人走”的精神，則尚有努力的空間。城鄉之間醫療資源的使用，是否隨著總額支付制度的實施而縮小差距，此項議題因目前健保局，不便提供細部資料，而無法進一步分析。

但牙醫總額支付制度實施十年以來，對於牙醫師人力資源的分佈，六分區則是呈現較正向的改變，如表 4.2 所示，花東地區從事健

保醫療的牙醫師數較實施總額的成長率為 54.92%，為六分區當中成長最高的，北區及南區也有相對高的成長率，另相較之下，台北分區與中區成長率較低。

表 4.2 從事健保醫療的牙醫師數 (資料由牙醫師全聯會提供)

	台北	北區	中區	南區	高屏	花東	總計
87 年第 3 季從事健保醫療的牙醫師數	3,009	861	1,504	804	1,073	122	7,373
96 年第 4 季從事健保醫療的牙醫師數	4,136	1,267	2,018	1,156	1,508	189	10,275
成長率	37.47%	47.12%	34.23%	43.82%	40.57%	54.92%	39.37%

總額支付制度的實施，對於醫師人力飽和的地區，有相當程度的緩和作用，但若要進一步促使醫療資源平均化，政府應負起更大的責任，更應該投注更多的資源，在醫療資源不足的地區，而在弱勢族群的照顧上，相關部門更應該主動提出具體措施，例：內政部曾於 94~95 年間補助 18 間教養機構購買牙科醫療設備，但僅只實施一年，從此之後，並未針對弱勢團體提供牙醫醫療資源補助。

100%capitation 轉移過程中，對醫師密度高的分區造成衝擊、點值下降，藉此使醫師移動，是可預期的結果，應及早因應。

醫療資源平均化屬多變項，不應只單靠總額支付制度，政府應規劃相關措施，投注更多的資源。

總額支付制度的主軸應是 100%capitation，然制度不可能涵蓋各

種層面，因此需不斷地檢討，在各分區互相包容下，可協調以校正因子來作各種方案的因應，例如研議中的「98 年度牙醫醫療資源不足區點值保障方案」或「99 年度擴大品質保證保留款方案」。

二、中醫部門：以中醫總額為例

地區預算之分配，係以「人口風險因子」與「開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配」為基準，逐年調整兩者之間的占率，原規劃逐年往前推進，直到「人口風險因子」達 100%校正完成，但實際情形如下表：

表 4.3 中醫總額歷年協定

項 目		89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年
一般服務	一般服務成長率	-	-	-	-	2.41%	2.72%	2.30%	2.50%	2.41%
分區分配	「人口風險因子」	5%	5%	15%	20%	30%	30%	採不分區方式分配，東區預算占率 2.22%，其餘五區預算占率 97.78% 併使用不分區	採不分區方式分配，東區預算占率 2.22%，其餘五區預算占率 97.78% 併使用不分區	採不分區方式分配，東區預算占率 2.22%，其餘五區預算占率 97.78% 併使用不分區
	以開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配	95%	95%	85%	80%	70%	70%	併使用不分區	併使用不分區	併使用不分區

健保局各分局依據上開公式，實施至第三年（民 93 年），發現台北分區與台中分區，點值滑落至 0.91、0.84，較其他分區有明顯落差，如下表：

表 4.4 中醫總額各分區點值

結算季別	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全局點值
89年	1.0661	1.1636	1.0667	1.351	1.21765	1.6595	1.14185
90年	1.0706	1.12823	1.14293	1.40718	1.23653	1.5853	1.17135
91年	0.95525	1.03005	0.96035	1.12793	1.08995	1.4029	1.0139
92年	0.9450	0.9637	0.9107	1.0016	0.9852	1.2228	0.9568
93年	0.9106	0.9567	0.8437	0.9684	0.9123	1.1575	0.9110
94年	0.9389	0.9727	0.9226	0.9936	0.9670	1.1670	0.9546
95年	1.0047	0.9958	0.9989	0.9740	0.9869	1.1855	0.9980
96年	0.9726	0.9788	0.9554	0.9767	0.9717	1.1762	0.9728

遂於 95 年全面停止該項公式的校正，而改採預算改良式分區的制度，將地區預算以東西二區分配，東區依其占率 2.22% 先分配，之後五區依 90% 風險共同分擔，10% 管理績效來分配；所採行的校正指標包括「重複就診率」、「用藥日數重複率」、「隔日申報診察費占率」、「每月院所申報診察費大於六次以上占率」等。該改良式制度採申報點數為其預算分配最主要因素，是基於以合理給付的方式維護醫療品質來進行管理分配，有別於之前先分配再由各區自行管理的制度；西部五區間以校正指標及管理指標合理控管醫療費用的成長，又在五區費用成長率統一訂有上限的前題下，各區之間經由相互監督彼此的申報情形，而抑制申報醫療服務點數。歷經 96 至 97 年三年實施下來，從醫療申報與點值之變化，其問題如下：

- (一) 由於中醫師醫學教育之養成集中於台中地區，造成在中區分局執業的中醫師較全國其他地區為多，醫師數與每萬人口數比均為

全國之冠，原先想藉由「人口風險因子」作為預算分配之標準，促使醫師遷移到預算分配較高的區域，然而中醫總額實施後證明，「人口風險因子」作為預算分配之標準，無法達成醫療資源移動的目的。原因是醫療資源的移動是依據醫療需求的規劃，而非醫療預算多的地區而規劃。有預算沒需求僅是造成預算的閒置與浪費，此乃「人口風險因子」作為預算分配標準之盲點，忽略了醫療需求面（病患）的因素及中醫乃開發中之醫療經濟體的事實，導致初始規劃的公式無法落實執行。

（二）中醫界經過討論，直接採行改良式分區的方式，以「錢跟人走」、使用者付費的概念（符合開發成長的醫療經濟體系），引用的醫療指標偏重於醫療需求面（病患因子），所以實施之後，各地區回歸實際的醫療預算分配，對於原為核刪而核刪的專業審查方式也有所改革，回歸合理的核付面，核減率降低，也會鼓勵院所合法合理的申報醫療費用。再從各區醫療費用的佔率變動不大，未見單一分區衡量的情形來看，醫療費用的成長應是就醫人數的增加及醫師增加而致第一階段合理的提昇，也因而引發點值緩步滑落。

公式因素	
實施現況：	<ul style="list-style-type: none"> ● 中醫部門採改良式分區；改採全國兩區制，東區先行獨立分配後，西區共同管理。 ● 因為採全國兩區制，故中醫提供的資料亦無提及 R 及 S 值的比例問題。
整體公式：	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫療資源是否「錢跟著人走」？

	<p>中醫部門目前仍採改良式分區；全國兩區制，東區點值維持高點值不落，但仍無法吸引中醫師進入，無法解決該區醫事人口逐漸負成長之事實，點值高不會是吸引醫師進入的必要條件。</p>
<p>相關意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行中醫部門運作模式： <ul style="list-style-type: none"> A.95 年度起，中醫部門東區先行分配後，五區採風險共同分配及管理績效分配方式計算分配額。 B.唯一不同是，95 年度為避免衝量，是以 94 年度醫療費用比例推算。 C.96 及 97 年度皆是以當年度醫療費用為推算依據，限制醫療費用成長率上限。 ● 共同管理措施： <ul style="list-style-type: none"> A.近年來，中醫成立「中醫總額共同管理組」，負責本試辦計畫中醫門診總額支付制度保險委員會(中保會)六區分會總額事務之協調與管理。 B.新的分配及管理方式並沒讓各區的佔率有明顯的變化，反而更接近實際需要。 C.各區紛爭減少，內部容易凝結共識。 D.以共同管理方式抑制不必要的醫療支出。 E.配合中醫師入會的制度管理，減少中醫師進入高密度地區，以分散醫事人力。

三、西醫基層部門：以西醫基層總額為例

地區預算之分配，係以「人口風險因子及轉診型態」與「開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配」為基準，逐年調整兩者之間的佔率，原規劃逐年往前推進，直到「人口風險因子及轉診型態」達 100% 校正完成，但實際情形如下表：

表 4.5 西醫基層總額歷年協定

項目		年度							97年
		90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	
一般服務成長率		3.727% (包含洗腎)		2.898%	2.700%	2.223%	3.793%	3.794%	3.328%
分區 分配	「人口風險因子及轉診型態」		5%	15%	25%	40%	60%	65%	一、先撥1.5億予中區。 二、其餘相關預算，以各地區94至96年之三年平均總額預算數之占率分配，且各地區預算成長率與96年預算數相較，皆不得低於2.5%。
	以開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配		95%	85%	75%	60%	40%	35%	

健保局各分局依據上開公式，實施至第四期（民94年），發現台北分區與中區，點值滑落至0.84，基層服務醫師難以接受如此低落的點值，如下表：

表 4.6 西醫基層總額各分區點值

結算年別	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
90年	1.1595	1.1715	1.1880	1.1435	1.1375	1.0995	1.1580
91年	0.9485	0.9880	1.0423	1.0837	1.0447	1.0110	1.0128
92年	0.9755	0.9602	0.9740	1.0077	1.0035	1.0362	0.9844
93年	0.8887	0.8859	0.8686	0.9082	0.9092	0.9048	0.8912
94年	0.8471	0.8615	0.8486	0.8941	0.8823	0.8945	0.8635
95年	0.9116	0.9590	0.8975	0.9438	0.9089	0.9464	0.9207
96年	0.9530	0.9796	0.9264	0.9657	0.9534	0.9692	0.9538

遂於95年開始不斷有反映，訴求停止該項公式的校正，96年將「人口風險因子及轉診型態」校正由60%緩慢上升至65%；且97年暫時將公式暫停，將地區預算分配，改採先撥補1.5億予中區，彌補因為基期年發生921地震，公式校正有所不足之處，之後，各區依94~96年三年平均費用占率採各區預算與總額等比例成長原則辦理，暫時化解各區分爭。

公式因素	
R 值：	
市場占有率	建議刪除 ● 轉診型態（市場占有率,TRANS）之權值應下降，因其受醫院影響太大。且台灣地區種族單純，建議只作年齡性別校正。（台北區）

- 風險校正因子，若排除重症後，以年齡性別校正應已足夠，省略 TRANS 修正。(台北區)
- 建議刪除轉診因素指標，因經其五年校正結果，基層費用逐年降低。以台北都會區為例，民眾至大醫院就醫方便。建議將重症等因素排除後，再考慮以性別年齡校正，會較為單純。若想透過 TRANS 指標將病人轉回基層是不可能的。(台北區)

轉診基期

- 轉診型態於 93 年更改基期為預算年度之前一年門診費用點數占率，易導致衡量，應回復原規劃時，以總額實施前一年之費用點數占率計算。(高屏區代表)
- 轉診型態部分，為避免人為操縱，應該回復以原規劃總額前一年之費用占率計算。(高屏區代表)

人次計算

- 以醫療費用來計算轉診型態（基層門診市場占有率）的方式，無法反映基層診所實際使用情形，主要是因為醫院部門的醫療費用通常決定於疾病的程度及醫師二個因素，所以其費用占率高於基層診所，建議以「人次」計算較符合實際狀況。(台北區、南區代表)
- 轉診型態部分，以「人次」為計算公式，確實比「總點數」要好，因為人次反映的是就診 (visit) 的次數，而不是錢的量 (amount)。(專家)
- 對於要以「量」來取代「價」計算轉診型態的提議，建議以價量併用予以試算。至於是否應該保留此項參數，值得挑戰，主要是基層門診並不能代表門診總額，某一分區醫院與診所產生的值加總並不等於 1，又其相關性如何亦值得存疑，而二者之間又存在著互補性，此部份責任由基層承擔似不合理，值得就此結構性問題再予討論。(專家)

醫院門診影響

- TRANS 之指標受醫院門診量增加之影響，即使基層照護量並未減少，故各區之間 TRANS 差異達 14%，應檢討其合理性及公平性。(東區代表)
- 由於 TRANS 校正之效應，台北區分配的預算越來越少，係因分子為基層服務減少，而分母為醫院服務不斷擴大，形成強者越強弱者越弱，TRANS 值越來越低，對診所極為不利。(台北區)

其他

	<ul style="list-style-type: none"> ● 轉診型態 (TRANS) 應以權重方式計算而非與人口風險因子相乘 (東區代表)，建議採相加方式，因兩者為獨立的因素 (台北區代表)。 ● 至於『轉診型態』部分，可朝「醫院部門如何適當處理」、「是否改用人次或以金額、人次加權方式計算」及「以那一年費用計算」三個方向檢討研議。
<p>人口佔率×人口指數</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 各區人口佔率與全國人口佔率未必對等。
<p>標準化死亡比</p>	<p>SMR 佔率</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 標率化死亡比解釋率較高，建議比照醫院部門調高其佔率。(東區代表) ● SMR 原始規劃以 50% 模擬，用這樣的權重才足反應。對高屏或南區而言，SMR 很重要，但在實施前的協商會議修改為 10%，致使這二區雖 TRANS 很高，但費用仍在縮減。(高屏區代表) <p>SMR 存廢</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 對西醫基層而言，使用「標準化死亡比 (SMR)」做為人口風險校正之參數，具有相當之爭議性，主要是在診所就醫者，多數是病情較為穩定的病患，幾乎沒有病人會在診所發生死亡的情況；反而是重大傷病或慢性病，在比例或醫療費用占率上較接近實際醫療資源耗用情形。(台北區、南區代表) ● 就地區預算分配的結果，部分分區費用成長率太高，部分分區為負成長，顯然校正因子在分配上出了問題，可能必須重新討論，而重大傷病及傷殘、SMR 在基層就醫的情況都極少的情況，亦不適合作為校正參數，慢性病可能較為合理。(中區代表) ● 於總額規劃時期，因風險校正之技術於當時並不成熟，故僅能就當時可用資料或指標規劃。因僅以年齡、性別因素解釋力有限，故須有其他風險校正因素，經以 SMR 模擬，已可解釋到一定程度。至門診 SMR 之權重下降，係當時協商之結果，並非原始規劃。現若對以 SMR 為校正因素有疑慮，則須找出能確實反映區域間風險差異存在之指標予以替代。(專家) ● 對於「R」值部分，比較有問題的是 SMR。當初是參考加拿大的計算方式所訂，惟加國目前改採其他替代參數，主要原因即是在基層院所 SMR 的解釋力不夠，

	<p>無法服眾。如果我們想改用疾病的嚴重度來區分，當然可以，但不宜用健保重大傷病直接取代。(專家)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 對於標準化死亡比 (SMR) 是否為校正資源耗用合理性之好的校正指標，應再進一步驗證。 <p>其他</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 各區死亡數與全國標準死亡率未必對等。 ● 「可避免死亡率」則建議先不採用，應俟各區醫療資源水準一致時才考慮採用。(東區代表) ● 風險因子校正 (R 值) 以 SMR 拉回的效果比較大，若覺得此指標不夠好，亦可以增加指標數，但每一指標的權重可以降低。(高屏區)
<p>R 值整體之意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● R 值浮動性高且不均勻。 ● 若確有不合理、不公平情形，就應該停下來，並不必要一定要執行到 100 %。(高屏區) ● 人口風險校正參數 (年齡、性別、標準死亡比) 採計之權重比例，以及市場占有率 (TRANS) 採用前一年醫療費用占率計算，是造成西醫基層總額『R』值扭曲的原因。無論採用那一個因子作為校正參數，而是所採用的參數能夠真正校正該分區應有的平均費用，達到醫療資源合理分布的目的，故建議重新調整校正參數之權重。(高屏區代表) ● 希望往後 R 值比例，能維持與前幾年一樣比例。(台北區、高屏區代表) ● 若區域間確實存在有無法以現有校正因子解釋之差異，則人口風險因子之校正，可再思考是否仍有必要堅持達到 100% (專家)。 ● 「人口風險因子」與「轉診指標」採相乘較為合理，試舉一極端例做說明，如某分局人口 100% 於基層就醫，0% 於醫院就醫，則進行預算分配時，若不考量此現象，而僅依人口數分配，將明顯不合理。(專家)
<p>S 值：</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 『S』值的計算，無論採用那一個年度的醫療費用做為基期，有關公務預算的部分應該要釐清及扣除。(台北區、南區代表) ● 目前西醫基層計算分區預算的基礎對於中區而言相當的不公平，主要是因為 921 震災的影響，使得中區的預算少了將近 5%，建議基礎年延後一年，以 90 年之醫療費用計算。(中區) ● 基期費用之計算，不宜只用 1 年的費用資料，以 3~5

	<p>年的平均值計算為宜。(中區代表)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 有關建議將『實際發生醫療費用占率(S值)』之基期由89年改為90年乙節，考量更改基期之影響較大，目前又改回使用89年為基期，但對於某些分區之特定影響因素加上一個校正值做為替代方案之可行性。
<p>整體公式：</p>	<p>跨區就醫</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 跨區就醫應以全國平均點值計算，否則對台北區形同剝兩次皮。(台北區) ● 為避免跨區就醫情形分配不均，建議採全國平均點值結算，以符合公平正義原則。(台北區、南區代表) ● 可考量跨區就診之點值採『全國平均點值』計算之可行性。 <p>公式修正</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地區預算分配公式業經協商確定，若要改變，應要慎重考慮。(中區) ● 建議未來於提案修正公式時，不得先計算分配結果，否則將失去理性討論空間。(台東區) <p>錢跟著錢走</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 建議應改採「錢跟著錢(點數)走」之概念，因一旦用「錢跟著人走」，難免就會分化、破壞區域間和諧。故建議試辦「錢跟著錢(點數)走」對一些特殊因素可另外加，較能發揮區域特色。(中區) ● 若採行「錢跟著錢走」之概念，則區域間資源不均仍會存在。 <p>R與S值的比例</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 逐年調整「R」與「S」值的比例是大家協商，也經費協會委員會議討論的決定，我們認為應該繼續執行，我們可以接受完全達到100%的時間可以延長，但不接受完全停止不動。(北區代表) ● 地區預算分配之「R」及「S」值，未來是否仍依此比例計算及未來是否延長預算100%依人口分配之年限，應取得共識後提費協會確認。 <p>其他</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在93年前後，新增醫院對基層的影響，以高屏地區影響最大，但經過五年調校，並未將費用不足的部分補足，即使平均每人費用最高的南區，也調整一百多元而已，效果有限。(高屏區) ● 地區預算分配公式已使用8至9年，其公平性及合理

	<p>性應予檢驗，分要時可以修正。建議可以委託半年或一年之計畫，進行模擬測試，以作為修正之參考。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 牙醫部門於檔案管理及指標之相關運作均相當成功，有助於地區預算分配之討論，可作為各部門之參考。
<p>相關意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 供求是否平衡？ 供給面：院所數暨成長率、新特約醫師數暨成長率是否考慮？ 需求面：投保人口數暨成長率、投保人口數成長率與新特約醫師數成長率、院所數成長率是否等比例？ ● 西醫基層部門建議： <ul style="list-style-type: none"> 1. 供需平衡問題一應以資源平均為考量 2. 應該仍以需求面為主，供給面為輔（或參考用） 3. 以台北分局為例，目前醫療資源飽和，行政單位若准許新設醫院 <ul style="list-style-type: none"> A. 新增設醫院的額度應在當年度該區總額之外 B. 當年度該區總額成長率應考慮新增設醫院影響 C. 目的讓行政單位權責相符 （核准權及管理責相符） ● 由於台灣城鄉差距頗大，所以應考量將醫院總額與基層總額以目前方式切割之合理性。（北區代表） ● 北區在基期年的每人年平均醫療費用比其他分區低很多，95年第1季、第2季成長率與94年同期比較約為8~9%，但如果觀察92-94年的消長，北區實際的成長率只有4%左右。（北區代表） ● 西醫基層總額「錢跟著人走」的規劃概念，目前方向應屬正確，至於資源分布是否達到均衡發展之目的及效益，仍須進一步驗證。 ● 各分區內，縣市別之差異性如何因應，或可考慮研議於各縣市或不同院所別，再有一套校正因子。

四、醫院部門：以西醫醫院總額為例

地區預算之分配，係以「人口風險因子及轉診型態」與「開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配」為基準，逐年調整兩者之間的占

率，原規劃要求逐年往前推進，直到「人口風險因子」達 100% 校正完成，但實際情形如下表：

表 4.7 西醫醫院總額歷年協定

項目		年度	91	92年度	93年度	94年度	95年度	96年度	97年度
			下半年						
醫院總額成長率			4%	4.01%	4.10%	3.530%	5.001%	4.991%	4.870%
分區 分配	門診	「人口風險因子及轉診型態」	不採地區總額 分配方式	0%	10%	15%	38%	38%	45%
		以開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配		100%	90%	85%	62%	62%	55%
	住診	「人口風險因子及轉診型態」		0%	10%	10%	38%	38%	40%
		以開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配		100%	90%	90%	62%	62%	60%

健保局各分局依據上開公式，實施至第三期（民 94 年），發現許多大型醫院的設立與病床數的報備均屬衛生行政醫政體系的職掌範疇，並未與健保總額收支平衡連結，結算點值一直無法被醫界所接受⁴，如下表：

表 4.8 西醫醫院總額各分區點值

⁴摘自衛生署 97.11.11.會議，盧瑞芬教授：「有關醫院總額部分，是否可以錢跟著人走，關鍵在於目前各區是投保人口而不是實際的就醫人口，但是在總額的計算公式裡面，其實是有調整跨區就醫的問題，所以錢是不是真的能著人走，還要進一步討論跨區就醫的計算方式，包括是依就醫地區或投保地區前一季的點值來計算。但是現行架構下，分著六區去做，已經做了好幾年都是各個區去作微調，我們也知道健保局過去微調的動作也不少，所以沒辦法全部一致來看，所以錢到底能不跟著人走，我想不只是在總額的全部區塊來看。」

結算季別	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全局點值
91年							0.9568
92年	0.9728	0.9376	0.9407	0.9374	0.9688	0.9389	0.9550
93年	0.9039	0.8815	0.9024	0.9020	0.8696	0.8635	0.8953
94年	0.9112	0.9091	0.8927	0.9166	0.8683	0.8778	0.9002
95年	0.9184	0.9422	0.9368	0.9492	0.9560	0.8751	0.9337
96年	0.9404	0.9552	0.9404	0.9602	0.9615	0.9216	0.9479

遂於 95 年凍結該項公式的校正一年，之後，各種反對與贊成的意見不斷有人提出。各總額別 R 值因素是影響各地區預算分配非常重要的因素，各總額別所用的因素有些不同，如表 4.9：

表 4.9 各總額別 R 值因素彙整表

總額別	人口風險因子	轉診型態	註
西醫基層部門	人口風險因子：年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%	轉診型態校正比例 TRANS	以前述 2 因子相乘計算
西醫醫院部門 (門診)	人口風險因子：年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%	轉診型態校正比例 TRANS	以前述 2 因子相乘計算
西醫醫院部門 (住院)	人口風險因子：年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%	無 TRANS 因子	
中醫部門	人口風險因子校正：年齡性別指數占 100%	無 TRANS 因子	
牙醫部門	人口風險因子校正：年齡性別指數占 100%	無 TRANS 因子	

在人口風險因子，於西醫部門，不論是基層總額或是醫院門診總額、住院總額，均有標準化死亡比，分別占有 10%、20%、50%，該項因子的校正存在有許多爭議，是否應該重新考量；另外，轉診型態校正比例，涉及醫療資源的分布，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，恐會導致醫療資源更為嚴重的扭曲，實應審慎。

(一) 分區預算的人口與死亡率校正等，在醫院部門總額預算與其他部門總額預算間意義並不相同，一樣作為調整因子是很奇怪的，因為醫院門診中有很成份是重大傷病，住院部份更是其他部門總額預算所沒有的，醫療費用的花費是依何者為重，在死亡率校正時是否剛剛是適得其反⁵？

⁵ 96年醫院部門門診重大傷病費用(含洗腎)申報佔32.4%，96年醫院部門住院重大傷病費用申報佔39.9% 96年醫院部門總計重大傷病費用(含洗腎)申報佔36.3%

(一) 自 91 年下半年至今，醫院部門總額預算有相當程度的扭曲，原 93 年所提醫院部門總額預算門住診比率要 45% 比 55% 分別獨立預算與結算，在 94 年費協會做出門住診預算合併、一起結算的決議後，至今門住診比率已成為 53% 比 47%，醫院總額預算已遭扭曲，無能回復¹。

公式因素	
R 值：	
市場占有率	無
人口佔率×人口指數	<ul style="list-style-type: none"> ● 地區預算分配公式之「人口占率」宜採漸進方式增加，醫院部門原協商以 8 年為期之原則，可視需要，採「事先」議定方式延長預算 100% 依人口數分配之年限，且每年變動比率以不超過 15% 為宜，以利各區調適及減緩衝擊。
標準化死亡比	<ul style="list-style-type: none"> ● 全國醫療費用有 1/3 用於住院，人口風險因子校正方式 SMR 卻僅占 50% 公式應再檢討。(台北區) ● 為適切反應疾病嚴重度及族群差異，對現行年齡、性別、標準化死亡比(SMR)等人口風險校正因子宜予補強： <ul style="list-style-type: none"> (一) 研議加入更具敏感性之因子，例如：原住民與平地人相較，平均餘命較低，各年齡層醫療費用亦有差異，因此，對原住民年齡結構或醫療費用可採加權或特別方式(不用全國平均每人醫療費用)處理。 (二) 參考「醫院最適方案所研擬之急重症醫療範圍」，擇適當項目取代「標準化死亡比」，或擇適當項目(不易人為操控及浮濫者)，採預先扣除方式，不納入地區預算分配，惟其所占醫療費用比率亦不宜太高。
R 值整體之意見	無
S 值：	無
整體公式：	<p>R 與 S 值的比例</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 有關人口風險校正指數分配進度，應尊重當初規劃的

¹有關醫院部門對分區預算意見：陳雪芬 97.12.23

	<p>原則。採「錢跟著人走」是正確的方向，但公式應再調校。以北區而言，人口成長率最高、基期費用最低，八年調校至 100 %為既定之進程，不應突然喊停，若欲暫停，亦應說明原因，並有配套措施因應。(北區)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「錢跟著人走」之概念，在醫院部門並無法引導資源之分布。另有關人口風險因子校正指數分配進度，在公式修正方向尚未明朗前，不應輕易喊停。(北區) <p>跨區就醫</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 贊同跨區就醫以平均點值計算。(台北區) ● 跨區就醫會影響醫療需求，更會產生財團擴充醫療院所等效應，故不同意跨區就醫以平均點值計算。(高屏區) <p>其他</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 針對新增醫院，新設病床、新增診所及醫事人力之增加均應列入地區預算分配之考量。(高屏區) ● 東區因情況特殊，可考慮預算以外加方式另外處理。(北區)
<p>相關意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 急診給付歸到門診項目當中，急診點值受保障，所以門診點值一直降。 ● 為免看愈多、賠愈多，限診限號。 ● 形成醫院、基層彼此間與其內部的競爭？ ● 醫院分配現在是否已經穩定？值得討論。 ● 醫院層級目前無人集中控管，仍由中央健保局處理(已第三年)，經由各分局連繫會議進行協商。 ● 東區由於人口少及環境較特殊，承擔風險的能力較小，因此可考量併入他區，抑或若該區的費用經分析係屬合理利用與成長，則也可考量給予獨立預算。

第二節 資料分析

探討全民現行地區預算分配公式，對六分局醫療利用率之影響，是否能達成民眾醫療需求？是否有利縮短城鄉差距？是否能有助於建構社區醫療網？正是本研究之主要目的，惟現行地區預算分配公式是以六分區為基礎，故比較醫療利用率的方式採各部門、及六分區之

分局別，而非縣市別始乃允當。例如，台北區則包括台北縣、市、基隆市、宜蘭縣、金門縣，北區則包括桃園縣、新竹縣、市、苗栗縣。中區則包括台中縣、市，彰化縣，南投縣，南區則包括台南縣、市、雲林縣、嘉義縣、市，高屏區則包括，高雄縣、市、屏東縣、澎湖縣，東區則包括花蓮縣、台東縣。

然在研究方法上由於四個總額實施的日期不一，比如說牙醫總額於民國 87 年開始實施，為比較現行地區預算分配公式對各分區總額醫療利用率之影響，在牙醫總額本研究採民國 86 年，即牙醫總額開辦前一年做為基期年，而以民國 87 年做為總額開辦後第一年，民國 88 年總額開辦後第二年。至於中醫總額，則採民國 88 年，即中醫總額開辦前一年做為基期年。西醫基層醫總額，則採民國 89 年，即西醫基層總額開辦前一年做為基期年。西醫醫院總額，則採民國 90 年，即西醫醫院總額開辦前一年做為基期年，以作為分析比較之基礎。

在本研究在醫療利用率及醫療供給情形，關於醫療供給情形，以醫療院所數、及醫師數作為醫療提供者之統計基礎。醫療利用率方面則採病患醫療點數、病患數、及醫療案件數，作為病患醫療需求之統計基礎。作為比較全民現行地區預算分配公式，對醫療利用率產生影響之實證基礎，並據此分析是否能縮短城鄉差距，是否有助於建構社區醫療網。

第一項、總額各分區投保情況

各分區投保人口人數及投保人口成長率，為反映醫療需求面之最基本之因素。在本研究當中，除統計實際投保人口之外，為反映當年度預算分配與六分區之投保人口之變化之比較，故亦以當年度總投保人口數為分母，以各分區人口為分子之占率做為統計比較之基礎。

一、各區投保人口成長率

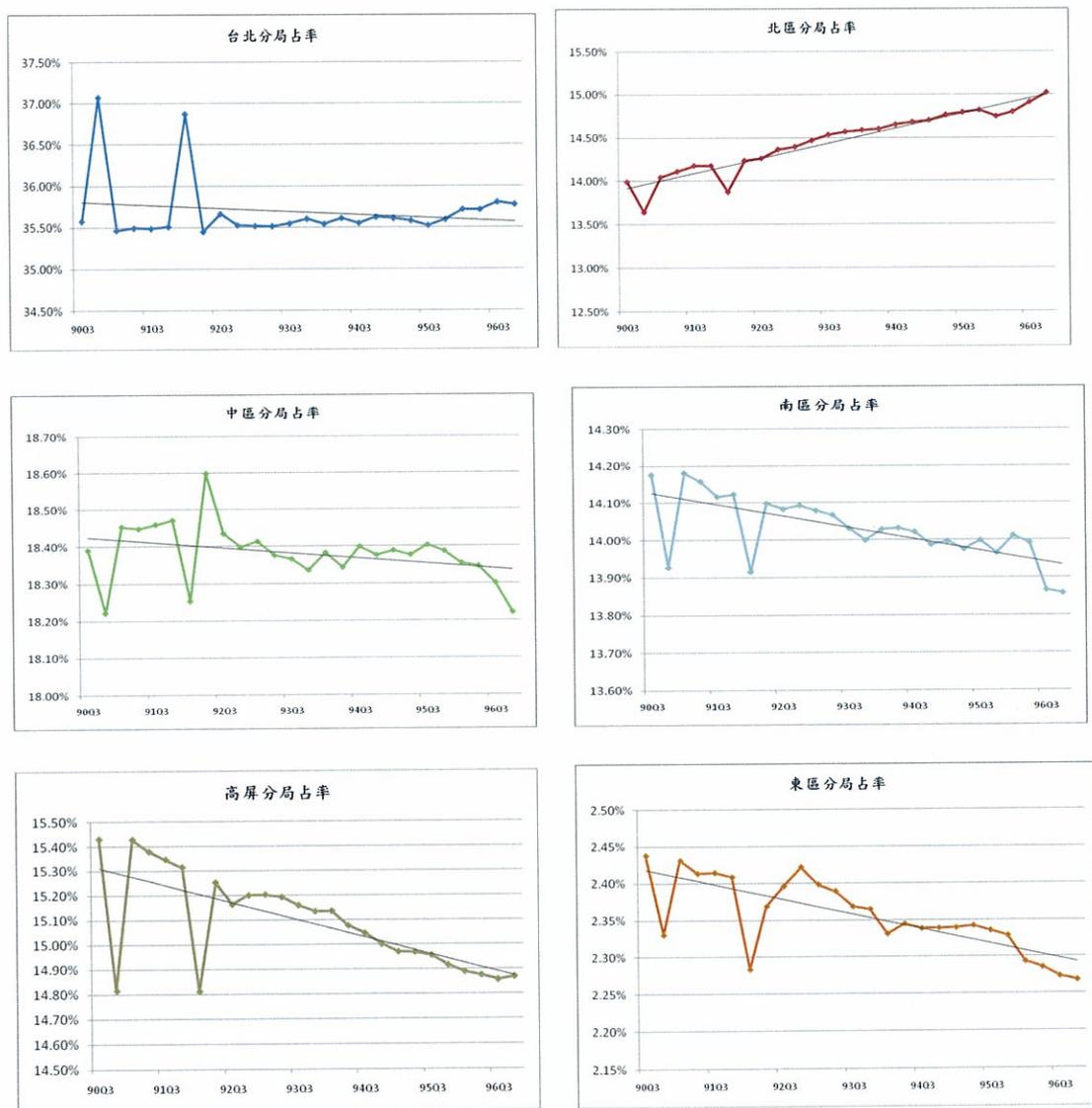


圖 4.1 總額各分區投保人口成長率

二、各區投保實際人口數

表4.10 各分區投保人口

(單位：千人)

年度	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
90年	7876	2996	3969	3047	3279	517	21684
91年	7761	3090	4036	3093	3360	529	21869
92年	7877	3114	4044	3084	3317	520	21956
93年	7838	3195	4051	3097	3345	525	22051
94年	7883	3241	4071	3105	3337	518	22155
95年	7931	3292	4099	3117	3333	521	22294
96年	8059	3352	4127	3141	3353	514	22545

註：人數計算依各季人數平均

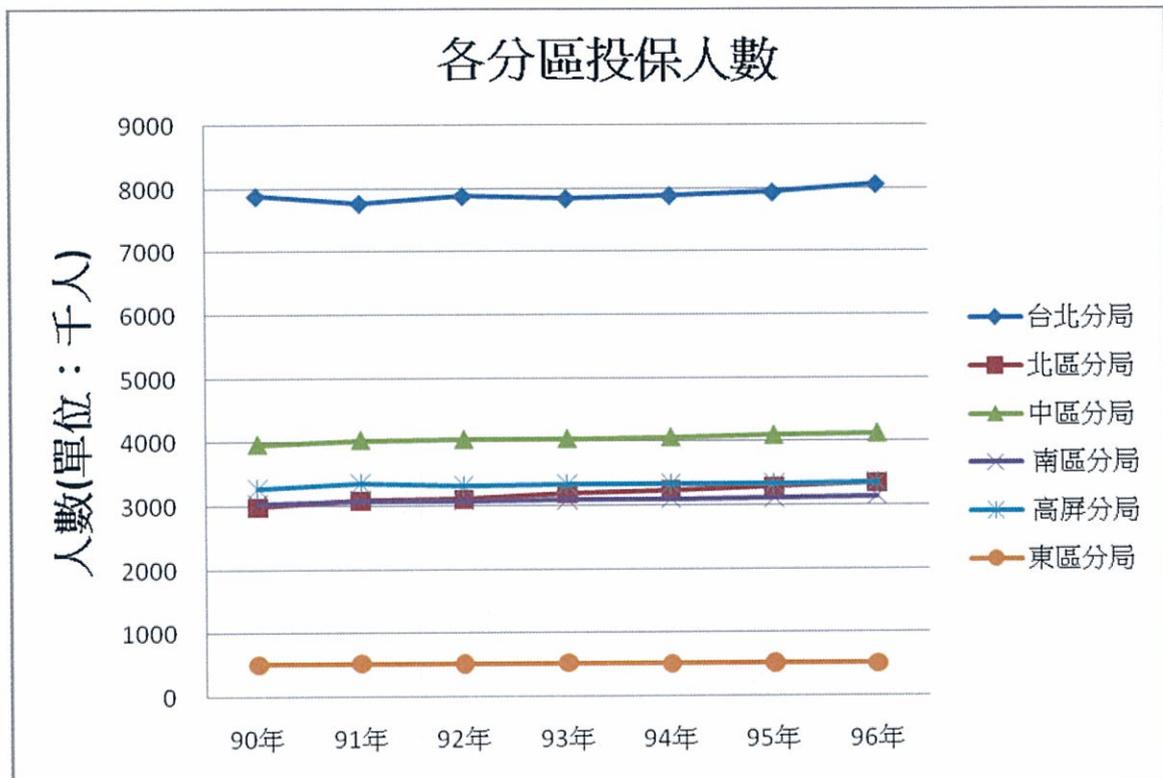


圖 4.2 各分區投保人口

第二項、分區總額預算成長率

一、牙醫六分區總額預算成長率

若參照第一項六分區之人口成長率，與第二項牙醫六分區預算成長率。目前四個部門總額中，牙醫是唯一將係以「人口風險因子」為單一變數之 R 值進行到百分之百，事實上已經完全取消「民眾醫療需求」所反映出之 demand 經驗值，即「開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配」之 S 值僅佔 0%。是否真正反映「錢隨人走」？

事實上仍有很大的爭議，例如台北分局人口逐年成長，預算卻逐年降低，牙醫總額部門不得不提出很多計畫、補助等措施，可為明證¹。依前註所言牙醫總額部門，雖然將「預算分配公式」走到 100%，然而對於「預算分配公式」之政策目標，「錢隨人走」仍有努力空間，對於「縮減城鄉差距」則因缺乏數據無法證明。對於「預算分配公式」想達成當時之政策目標，產生合理懷疑，而「預算分配公式」是否適法及具有法律正當性更須詳加檢驗²。

¹ 請參本文第四章第一節第一項，牙醫專家之見解：『但是，沒有一種制度可以涵蓋各種層面，各個分區內的醫療預算運用，是否貫徹了總額支付制度“錢跟著人走”的精神，則尚有努力的空間。城鄉之間醫療資源的使用，是否隨著總額支付制度的實施而縮小差距，此項議題因目前中央健康保險局，不便提供細部資料，而無法進一步分析。』

² 違憲審查程序關於憲法第十五條之生存權、工作權，及財產權，憲法第七條之平等權。其中平等權之審查基礎，第一階段為「恣意禁止」對於「預算分配公式」所造成之差別待遇，其是否合

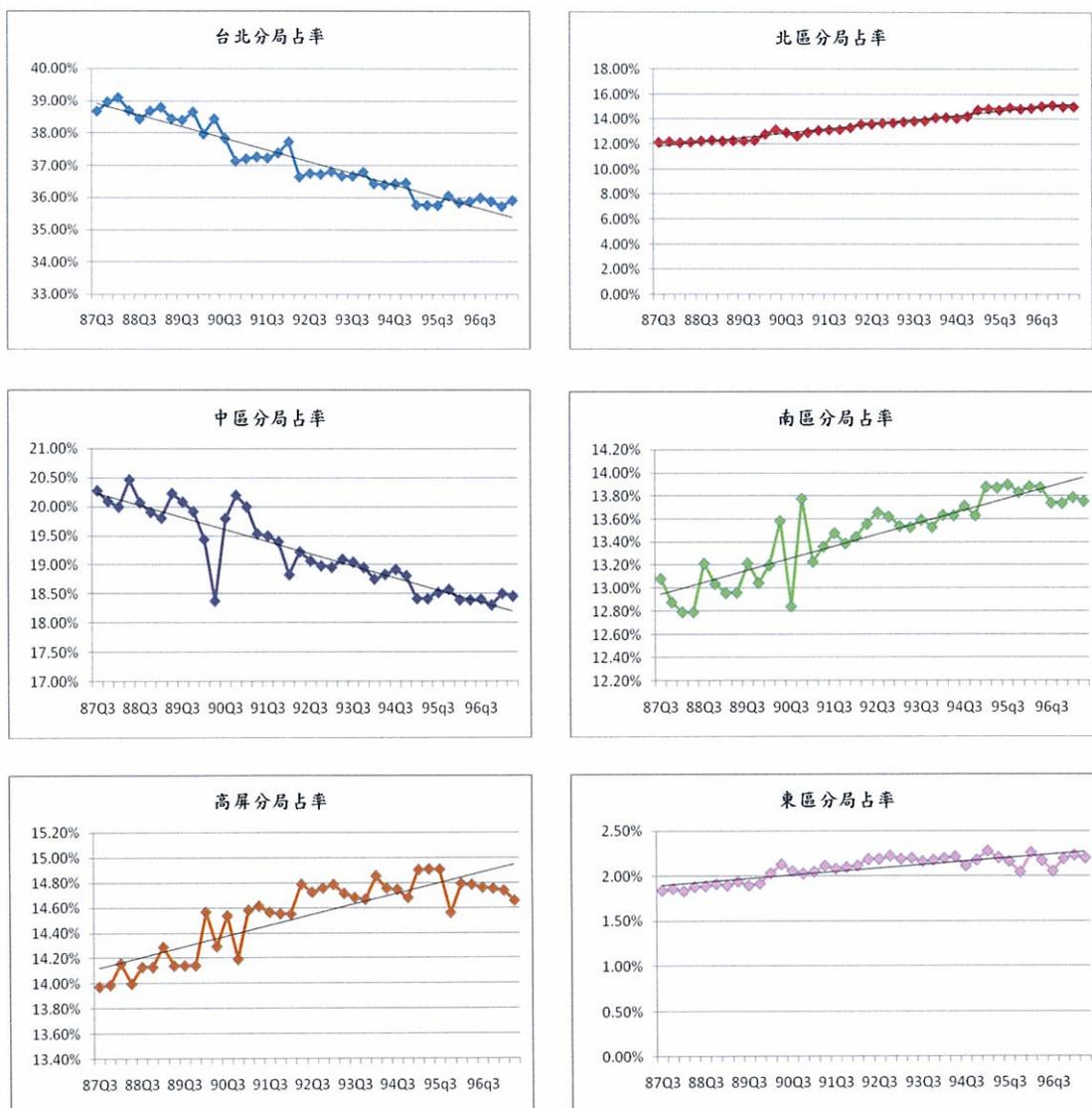


圖 4.3 牙醫六分區總額預算成長率

牙科之地區預算之分配，係以「人口風險因子」為單一變數之 R 值與「開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配」之 S 值為基準，逐年調整兩者之間的占率，規劃以五年為期，要求逐年往前推進，直到

理？其正當性？是否合憲，必須經過「比例原則」嚴格審查，恣意強推恐將有違憲之虞。

「人口風險因子」達 100%校正完成³。

二、西醫基層六分區總額預算成長率

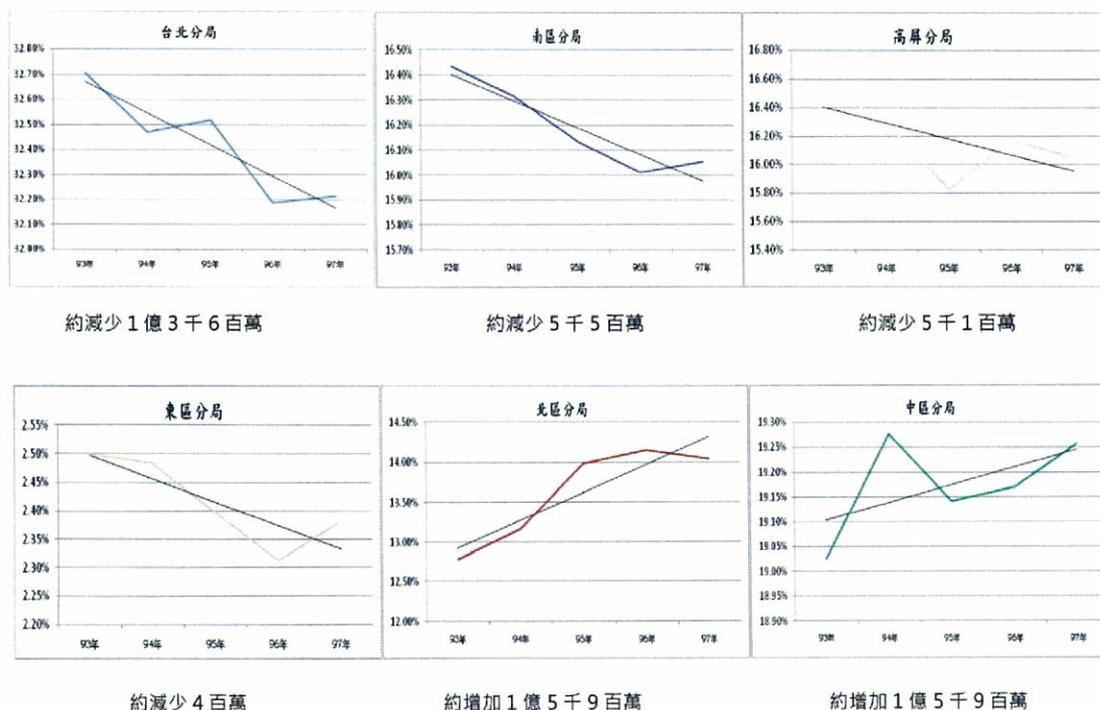


圖 4.4 西醫基層六分區總額預算成長率

(一) 西醫基層平均每人門診情況

針對西醫基層的就醫者進行分析列於下圖 4.5，我們發現北部分

³ 於此過程中，仍有因執行困難而由牙醫總額部門進行協商。第一次（分五年）：經六分區達成共識後實施。第二次（分七年）：台北分區與中區因點值壓力，希望延緩 100% capitation 的時間，經牙醫六分區討論後，達成共識。第三次（分八年）：六分區達成以下共識，牙醫界朝此方向發展，且列為 94 年度的工作目標。

間，而中南區則多半在 4000~5500 點之間；六區除台北及東區分局已過高峰（94 年點數最高）外，其他四區似乎仍是上升的趨勢。針對成長率部份，由於 94 年度以後點數多半趨於平緩，所以 95 年度皆為負成長。

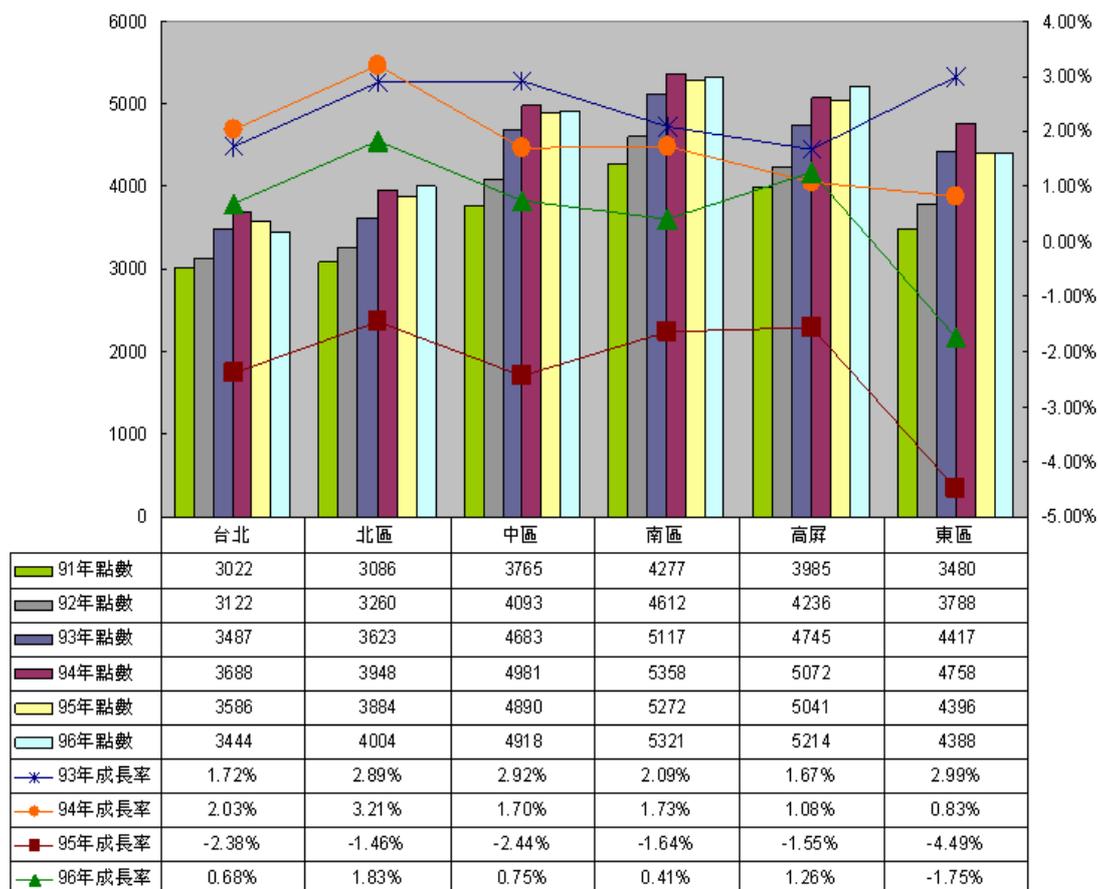


圖 4.5 西醫基層平均每人門診就醫費用點數（點/人）

另外，針對就醫者每人每年平均門診次數分析，其狀況與圖 4.6 相似，北部分局（台北及北區分局）就醫者每人每年平均就醫數相對較低中南區（中區、南區及高屏分局）為低，北部數年間每人平均次數在 7~8 次間，而中南區則多半在 9 次以上；六區數年間就醫之數以

94 年最高且六區一致。而成長率的狀況， 95 年度皆為負成長，96 年度亦只有台北及東區仍舊負成長 1% 以上，其他四區皆接近 0%。

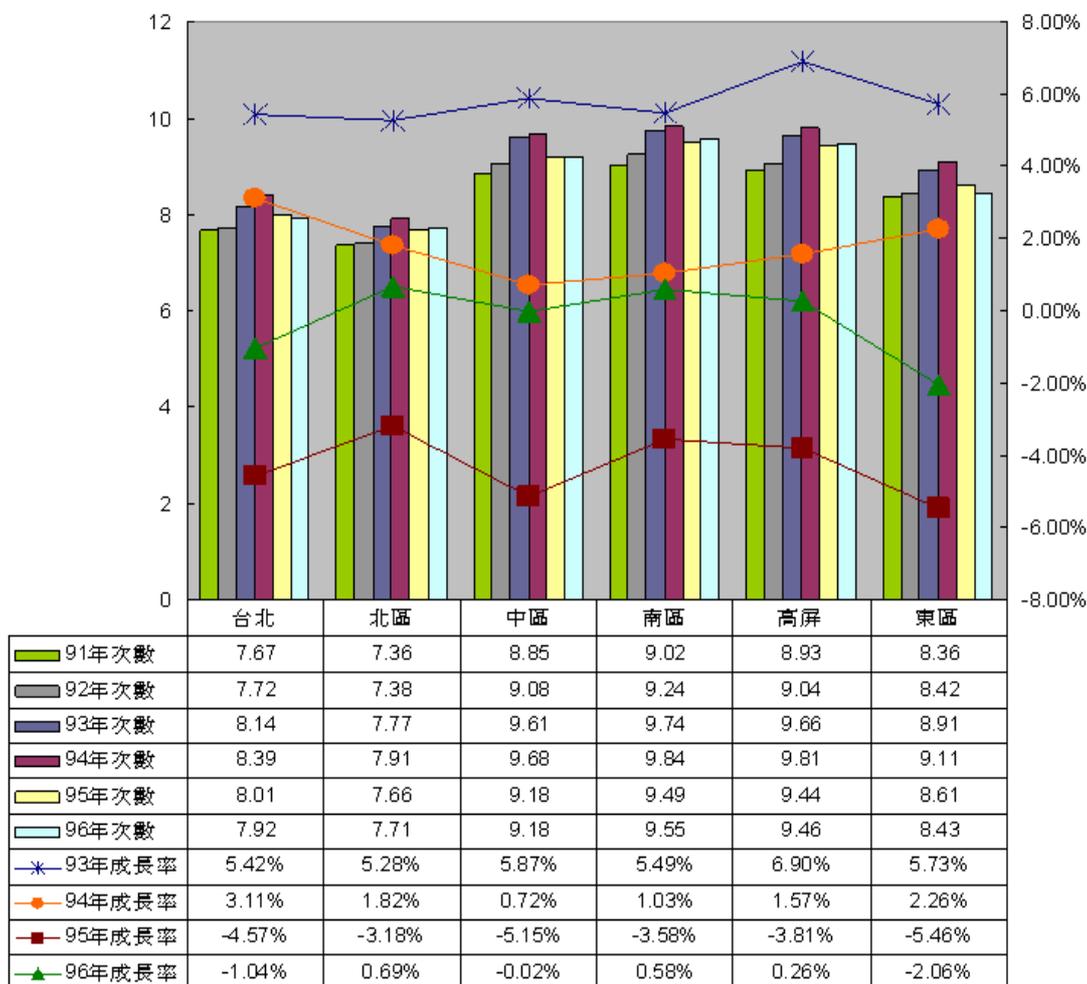


圖 4.6 西醫基層就醫者每人每年平均門診就醫次數及成長率（次/人）

圖 4.6 的差異亦在於分母是利用各區實際就醫人為分母計算的結果，94~96 年東區分局依舊顯示 94 年為高峰，但北區分局就醫費用點數持續小幅度上升，而台北、中區、南區及高屏皆有平緩的現象。

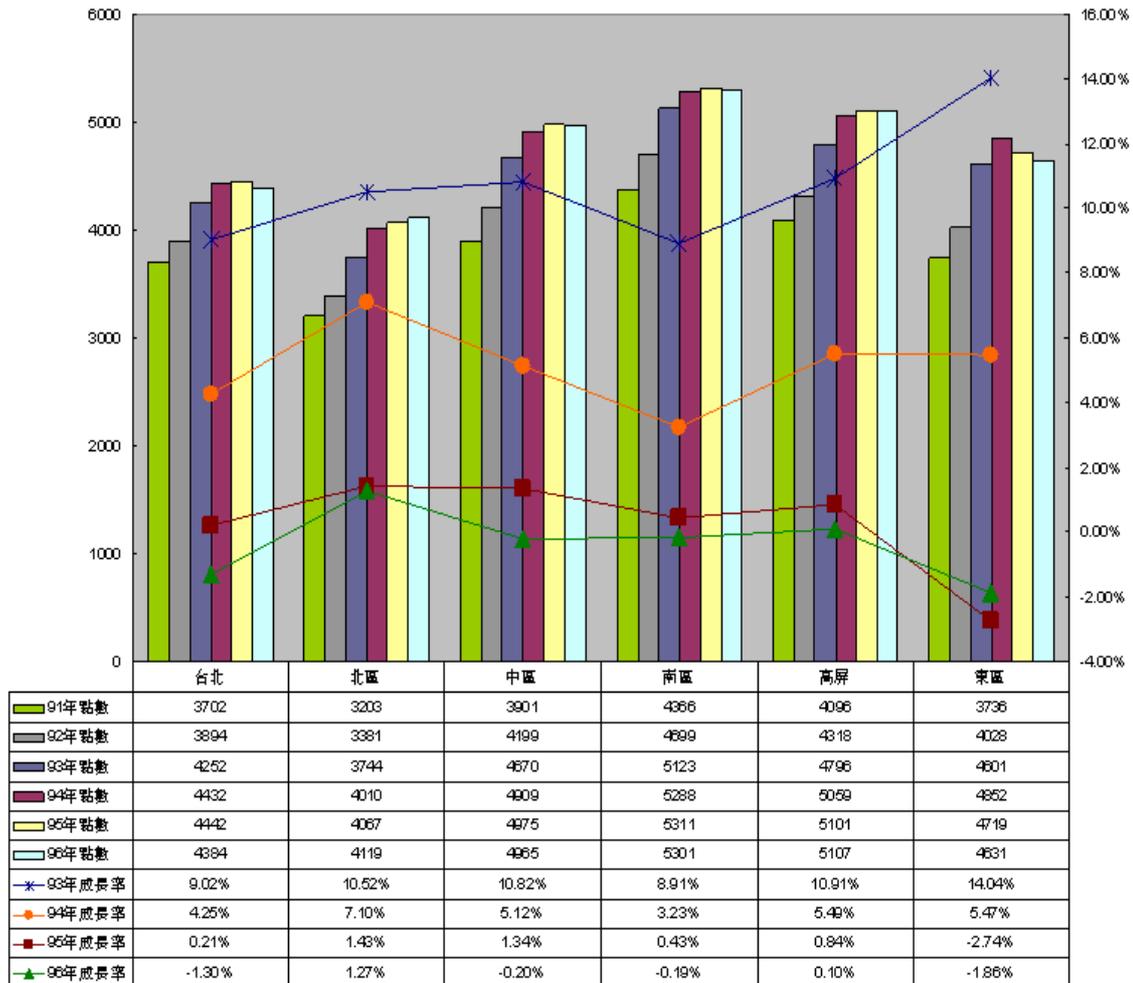


圖 4.7 西醫基層就醫者平均每人每年門診就醫費用點數（點/人）

下圖 4.8 呈現醫基層平均每醫師每月申報門診費用點數，六區之中南區相對較高，而中區相對較低。而在六區皆可見到 94 年度以後，各地申報點數皆下降。

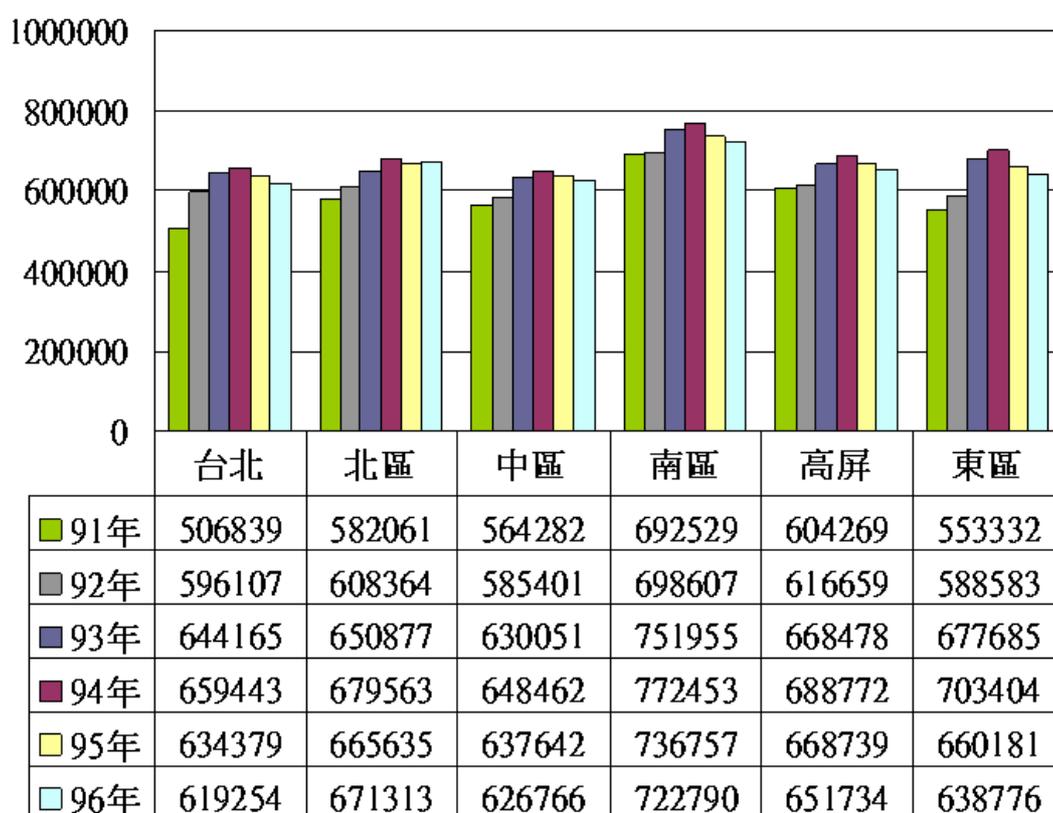


圖 4.8 西醫基層平均每醫師每月申報門診費用點數

第三項、總額各分區醫療利用率

一、牙醫總額醫療利用率

表 4.11 牙醫醫療院所數

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						全局
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	
8607~8706	開辦前 1 年	2,107	546	1,157	587	791	75	5,263
8707~8806	開辦第 1 年	2,214	609	1,221	655	865	110	5,674
8807~8912	開辦第 2 年	2,249	646	1,226	686	886	116	5,809
9001~9012	開辦第 3 年	2,277	647	1,257	696	903	114	5,894
9101~9112	開辦第 4 年	2,345	658	1,286	716	939	119	6,063
9201~9212	開辦第 5 年	2,374	685	1,296	733	943	129	6,160
9301~9312	開辦第 6 年	2,379	694	1,291	743	951	128	6,186

9401~9412	開辦第 7 年	2,389	714	1294	759	981	132	6,269
9501~9512	開辦第 8 年	2,405	726	1282	759	978	145	6,295
9601~9612	開辦第 9 年	2,439	729	1287	765	981	141	6,342
9701~9712	開辦第 10 年	2,460	732	1299	773	984	145	6,393

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1

表 4.12 牙醫醫療院所數成長率

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年							
8707~8806	開辦第 1 年	5.1%	11.5%	5.5%	11.6%	9.4%	46.7%	7.8%
8807~8912	開辦第 2 年	1.6%	6.1%	0.4%	4.7%	2.4%	5.5%	2.4%
9001~9012	開辦第 3 年	1.2%	0.2%	2.5%	1.5%	1.9%	-1.7%	1.5%
9101~9112	開辦第 4 年	3.0%	1.7%	2.3%	2.9%	4.0%	4.4%	2.9%
9201~9212	開辦第 5 年	1.2%	4.1%	0.8%	2.4%	0.4%	8.4%	1.6%
9301~9312	開辦第 6 年	0.2%	1.3%	-0.4%	1.4%	0.8%	-0.8%	0.4%
9401~9412	開辦第 7 年	0.4%	2.9%	0.2%	2.2%	3.2%	3.1%	1.3%
9501~9512	開辦第 8 年	0.7%	1.7%	-0.9%	0.0%	-0.3%	9.8%	0.4%
9601~9612	開辦第 9 年	1.4%	0.4%	0.4%	0.8%	0.3%	-2.8%	0.7%
9701~9712	開辦第 10 年	0.9%	0.4%	0.9%	1.0%	0.3%	2.8%	0.8%

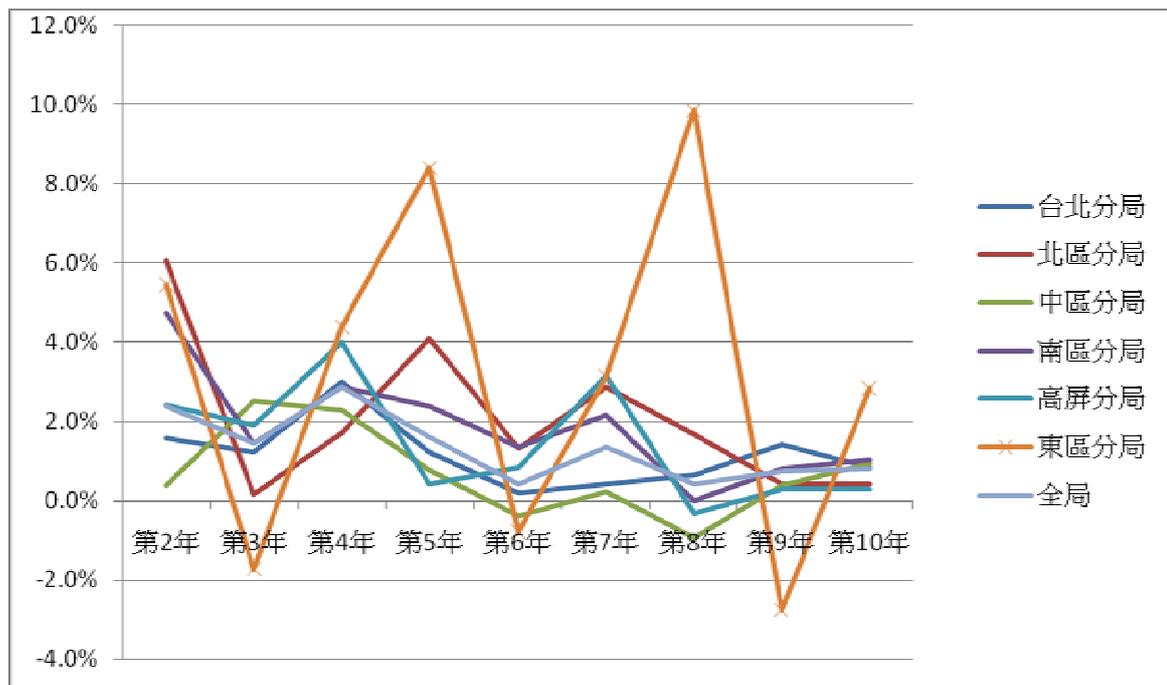


圖 4.9 牙醫醫療院所數成長率

表 4.13 牙醫師數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年	2,787	767	1,486	719	990	94	6,843
8707~8806	開辦第 1 年	3,580	1,112	1,724	949	1,278	160	8,803
8901~8912	開辦第 2 年	3,637	1,128	1,796	1,054	1,424	168	9,207
9001~9012	開辦第 3 年	3,707	1,170	1,859	1,019	1,433	162	9,350
9101~9112	開辦第 4 年	3,819	1,171	1,928	1,065	1,456	175	9,614
9201~9212	開辦第 5 年	3,938	1,231	1,990	1,101	1,468	179	9,907
9301~9312	開辦第 6 年	4,081	1,286	2,045	1,130	1,482	189	10,213
9401~9412	開辦第 7 年	4,177	1,316	2,049	1,172	1,532	215	10,461
9501~9512	開辦第 8 年	4,288	1,360	2,100	1,196	1,563	227	10,734
9601~9612	開辦第 9 年	4,462	1,400	2,137	1,240	1,638	227	11,104
9701~9712	開辦第 10 年	4,572	1,445	2,178	1,278	1,659	213	11,345

註：1. 資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

2. 資料擷取日期：98/1

表 4.14 牙醫師數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年							
8707~8806	開辦第 1 年	28.5%	45.0%	16.0%	32.0%	29.1%	70.2%	28.6%
8901~8912	開辦第 2 年	1.6%	1.4%	4.2%	11.1%	11.4%	5.0%	4.6%
9001~9012	開辦第 3 年	1.9%	3.7%	3.5%	-3.3%	0.6%	-3.6%	1.6%
9101~9112	開辦第 4 年	3.0%	0.1%	3.7%	4.5%	1.6%	8.0%	2.8%
9201~9212	開辦第 5 年	3.1%	5.1%	3.2%	3.4%	0.8%	2.3%	3.0%
9301~9312	開辦第 6 年	3.6%	4.5%	2.8%	2.6%	1.0%	5.6%	3.1%
9401~9412	開辦第 7 年	2.4%	2.3%	0.2%	3.7%	3.4%	13.8%	2.4%
9501~9512	開辦第 8 年	2.7%	3.3%	2.5%	2.0%	2.0%	5.6%	2.6%
9601~9612	開辦第 9 年	4.1%	2.9%	1.8%	3.7%	4.8%	0.0%	3.4%
9701~9712	開辦第 10 年	2.5%	3.2%	1.9%	3.1%	1.3%	-6.2%	2.2%

表 4.15 牙醫醫療點數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年	7,173	2,486	4,443	2,543	2,946	310	19,901
8707~8806	開辦第 1 年	8,385	3,079	5,368	3,045	3,533	416	23,827
8807~8912	開辦第 2 年	8,701	3,225	5,779	3,263	3,733	420	25,121
9001~9012	開辦第 3 年	9,369	3,402	5,950	3,511	4,030	450	26,712
9101~9112	開辦第 4 年	9,553	3,354	6,025	3,532	4,140	474	27,077
9201~9212	開辦第 5 年	9,503	3,439	6,002	3,647	4,226	497	27,312
9301~9312	開辦第 6 年	10,215	3,803	6,479	3,941	4,599	582	29,619
9401~9412	開辦第 7 年	10,379	3,879	6,422	3,876	4,701	604	29,863
9501~9512	開辦第 8 年	10,477	4,184	6,475	3,929	4,827	622	30,514
9601~9612	開辦第 9 年	10,783	4,527	6,726	4,096	4,964	609	31,704
9701~9712	開辦第 10 年	10,331	4,328	6,351	3,868	4,719	587	30,184

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1

表 4.16 牙醫醫療點數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年							
8707~8806	開辦第 1 年	16.9%	23.8%	20.8%	19.7%	19.9%	34.2%	19.7%
8807~8912	開辦第 2 年	3.8%	4.7%	7.6%	7.2%	5.7%	1.0%	5.4%
9001~9012	開辦第 3 年	7.7%	5.5%	3.0%	7.6%	8.0%	7.0%	6.3%
9101~9112	開辦第 4 年	2.0%	-1.4%	1.3%	0.6%	2.7%	5.4%	1.4%
9201~9212	開辦第 5 年	-0.5%	2.5%	-0.4%	3.3%	2.1%	4.7%	0.9%
9301~9312	開辦第 6 年	7.5%	10.6%	7.9%	8.1%	8.8%	17.3%	8.4%
9401~9412	開辦第 7 年	1.6%	2.0%	-0.9%	-1.6%	2.2%	3.7%	0.8%
9501~9512	開辦第 8 年	0.9%	7.9%	0.8%	1.3%	2.7%	3.0%	2.2%
9601~9612	開辦第 9 年	2.9%	8.2%	3.9%	4.3%	2.8%	-2.2%	3.9%
9701~9712	開辦第 10 年	-4.2%	-4.4%	-5.6%	-5.6%	-4.9%	-3.6%	-4.8%

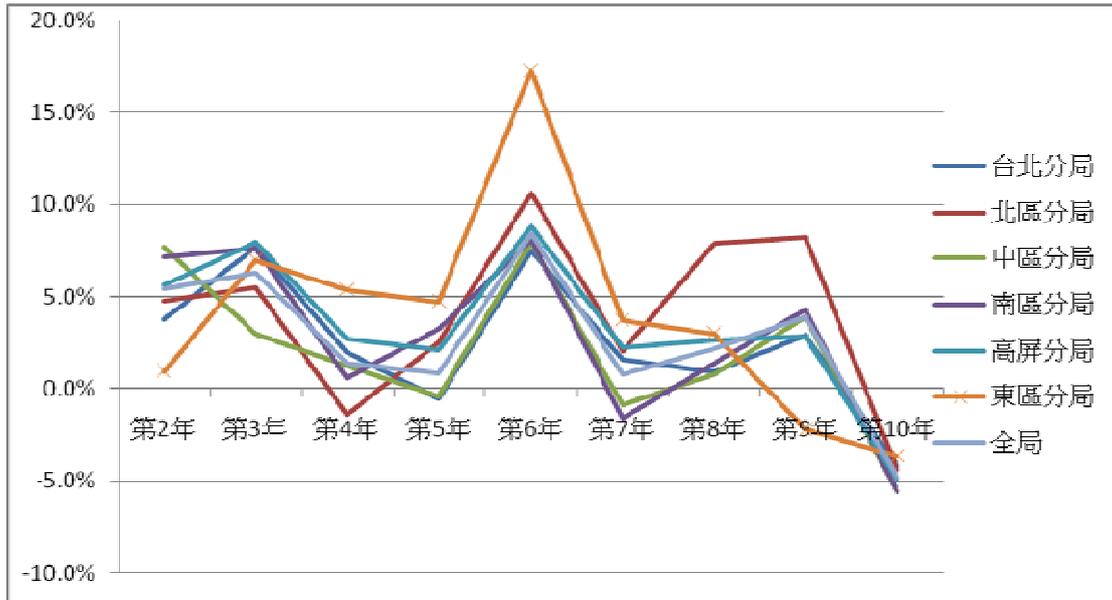


圖 4.10 牙醫醫療點數成長率統計

表 4.17 牙醫病人數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年	248	87	138	86	103	12	674
8707~8806	開辦第 1 年	271	103	154	96	114	15	753
8807~8912	開辦第 2 年	283	109	164	100	118	16	790
9001~9012	開辦第 3 年	296	117	171	106	126	17	832
9101~9112	開辦第 4 年	305	119	175	109	129	17	854
9201~9212	開辦第 5 年	301	120	176	111	129	17	854
9301~9312	開辦第 6 年	321	130	188	119	138	20	915
9401~9412	開辦第 7 年	324	130	190	121	141	20	925
9501~9512	開辦第 8 年	328	135	191	122	141	20	937
9601~9612	開辦第 9 年	336	140	197	126	145	20	963
9701~9712	開辦第 10 年	327	136	191	122	140	19	935

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

表 4.18 牙醫病人數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年							
8707~8806	開辦第 1 年	9.6%	17.5%	11.2%	11.3%	11.2%	25.7%	11.7%

8807~8912	開辦第 2 年	4.2%	6.3%	6.6%	4.8%	3.6%	4.7%	5.0%
9001~9012	開辦第 3 年	4.7%	7.1%	4.4%	5.7%	6.2%	4.4%	5.3%
9101~9112	開辦第 4 年	3.0%	1.7%	2.1%	2.7%	2.6%	3.9%	2.6%
9201~9212	開辦第 5 年	-1.2%	0.8%	0.5%	2.2%	-0.1%	1.2%	0.0%
9301~9312	開辦第 6 年	6.5%	8.1%	7.0%	7.3%	7.1%	11.7%	7.1%
9401~9412	開辦第 7 年	1.1%	0.1%	0.9%	1.4%	1.9%	1.6%	1.1%
9501~9512	開辦第 8 年	1.0%	3.8%	1.0%	1.3%	0.6%	-0.5%	1.3%
9601~9612	開辦第 9 年	2.5%	3.7%	2.8%	3.1%	2.3%	-1.2%	2.7%
9701~9712	開辦第 10 年	-2.6%	-2.8%	-2.8%	-3.6%	-2.9%	-3.2%	-2.9%

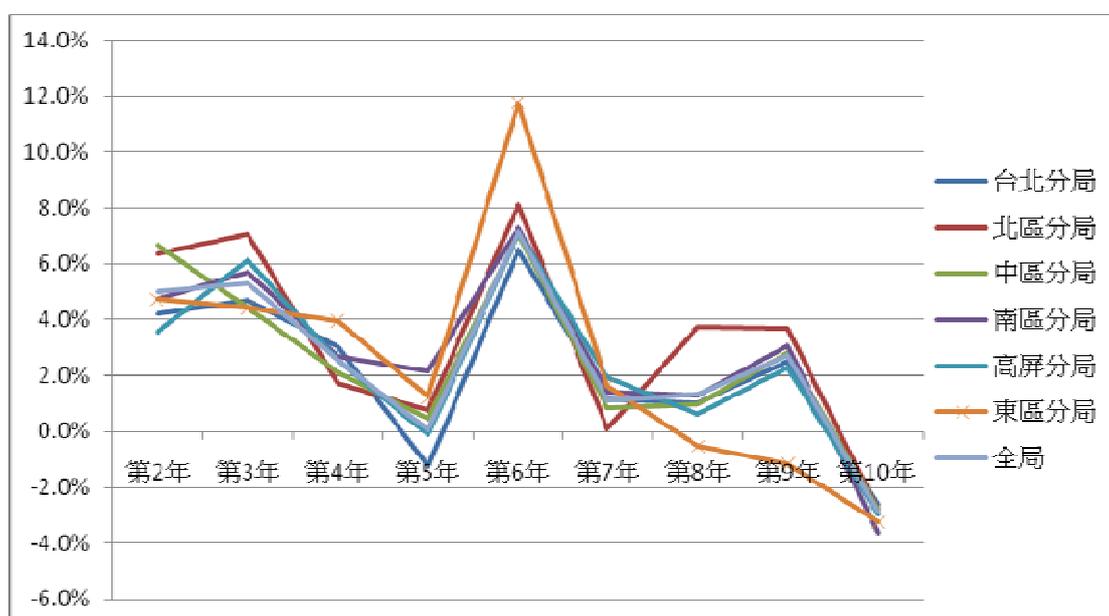


圖 4.11 牙醫病人數成長率統計

表 4.19 牙醫案件數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年	720	262	424	268	330	36	2,041
8707~8806	開辦第 1 年	818	309	484	304	373	46	2,333
8807~8912	開辦第 2 年	843	312	506	306	366	45	2,378
9001~9012	開辦第 3 年	882	327	518	319	387	47	2,480
9101~9112	開辦第 4 年	901	326	521	323	394	49	2,514
9201~9212	開辦第 5 年	891	330	528	335	398	50	2,532
9301~9312	開辦第 6 年	975	365	588	372	438	58	2,796

9401~9412	開辦第 7 年	985	366	584	369	444	59	2,807
9501~9512	開辦第 8 年	989	383	582	371	450	59	2,835
9601~9612	開辦第 9 年	1,017	400	596	384	459	58	2,915
9701~9712	開辦第 10 年	957	373	559	357	434	54	2,735

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1

表 4.20 牙醫案件數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8607~8706	開辦前 1 年							
8707~8806	開辦第 1 年	13.5%	17.7%	14.3%	13.3%	12.9%	27.8%	14.3%
8807~8912	開辦第 2 年	3.1%	1.0%	4.6%	0.8%	-1.8%	-1.4%	1.9%
9001~9012	開辦第 3 年	4.6%	5.1%	2.2%	4.2%	5.8%	3.7%	4.3%
9101~9112	開辦第 4 年	2.1%	-0.3%	0.7%	1.3%	1.7%	3.7%	1.4%
9201~9212	開辦第 5 年	-1.1%	1.2%	1.4%	3.6%	1.0%	2.8%	0.7%
9301~9312	開辦第 6 年	9.5%	10.6%	11.2%	11.1%	10.2%	16.3%	10.4%
9401~9412	開辦第 7 年	1.0%	0.2%	-0.6%	-0.7%	1.2%	1.1%	0.4%
9501~9512	開辦第 8 年	0.4%	4.7%	-0.4%	0.5%	1.5%	1.1%	1.0%
9601~9612	開辦第 9 年	2.8%	4.4%	2.5%	3.5%	2.0%	-1.7%	2.8%
9701~9712	開辦第 10 年	-5.8%	-6.7%	-6.2%	-7.1%	-5.5%	-6.8%	-6.2%

二、中醫總額醫療利用率

表 4.21 中醫家數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年	670	263	735	327	361	48	2,404
8907~9006	開辦第 1 年	729	290	774	338	365	50	2,546
9101~9112	開辦第 2 年	758	317	797	380	403	47	2,702
9201~9212	開辦第 3 年	789	321	809	386	411	48	2,764
9301~9312	開辦第 4 年	815	346	825	410	420	53	2,869
9401~9412	開辦第 5 年	816	346	842	418	432	55	2,909
9501~9512	開辦第 6 年	840	350	878	429	434	57	2,988
9601~9612	開辦第 7 年	870	361	888	452	448	54	3,073

9701~9712	開辦第 8 年	894	376	899	454	446	56	3,125
-----------	---------	-----	-----	-----	-----	-----	----	-------

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.22 中醫家數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年							
8907~9006	開辦第 1 年	8.8%	10.3%	5.3%	3.4%	1.1%	4.2%	5.9%
9101~9112	開辦第 2 年	4.0%	9.3%	3.0%	12.4%	10.4%	-6.0%	6.1%
9201~9212	開辦第 3 年	4.1%	1.3%	1.5%	1.6%	2.0%	2.1%	2.3%
9301~9312	開辦第 4 年	3.3%	7.8%	2.0%	6.2%	2.2%	10.4%	3.8%
9401~9412	開辦第 5 年	0.1%	0.0%	2.1%	2.0%	2.9%	3.8%	1.4%
9501~9512	開辦第 6 年	2.9%	1.2%	4.3%	2.6%	0.5%	3.6%	2.7%
9601~9612	開辦第 7 年	3.6%	3.1%	1.1%	5.4%	3.2%	-5.3%	2.8%
9701~9712	開辦第 8 年	2.8%	4.2%	1.2%	0.4%	-0.4%	3.7%	1.7%

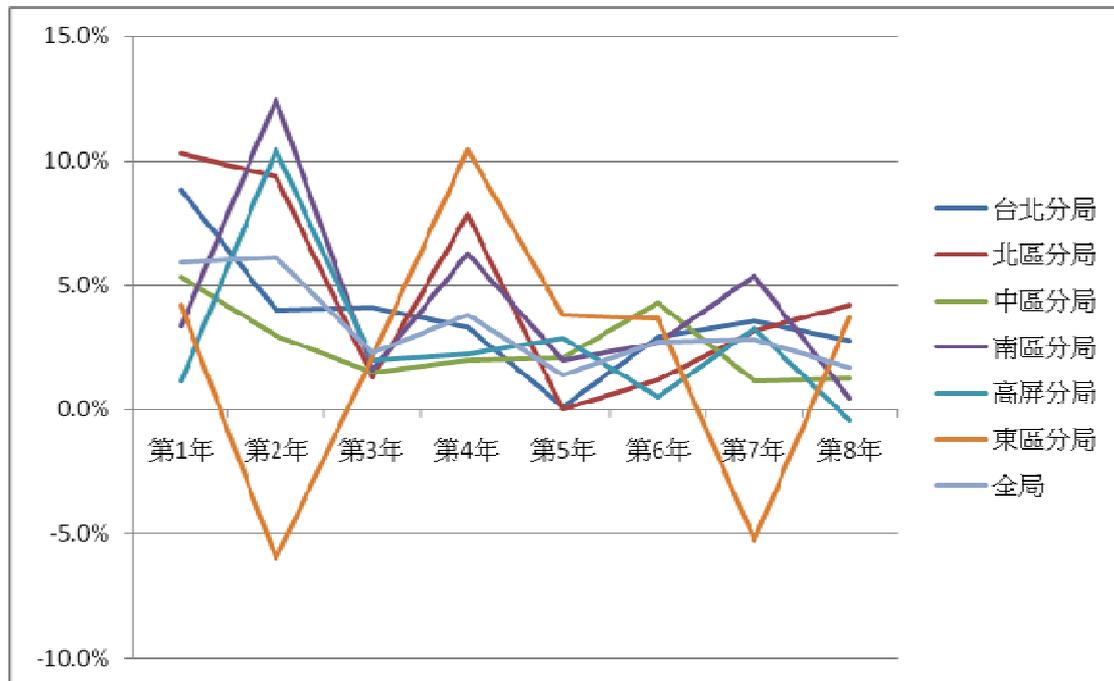


圖 4.12 中醫家數成長率統計

表 4.23 中醫醫師數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年	1,036	407	1,100	447	479	63	3,532
8907~9006	開辦第 1 年	1,082	423	1,116	460	498	62	3,641
9101~9112	開辦第 2 年	1,246	493	1,251	553	575	59	4,177
9201~9212	開辦第 3 年	1,283	510	1,271	561	588	67	4,280
9301~9312	開辦第 4 年	1,355	551	1,366	602	641	73	4,588
9401~9412	開辦第 5 年	1,374	574	1,360	635	647	80	4,670
9501~9512	開辦第 6 年	1,400	572	1,395	638	654	80	4,739
9601~9612	開辦第 7 年	1,439	576	1,377	674	665	75	4,806
9701~9712	開辦第 8 年	1,531	615	1,466	664	714	77	5,067

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.24 中醫醫師數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年							
8907~9006	開辦第 1 年	4.4%	3.9%	1.5%	2.9%	4.0%	-1.6%	3.1%
9101~9112	開辦第 2 年	15.2%	16.5%	12.1%	20.2%	15.5%	-4.8%	14.7%
9201~9212	開辦第 3 年	3.0%	3.4%	1.6%	1.4%	2.3%	13.6%	2.5%
9301~9312	開辦第 4 年	5.6%	8.0%	7.5%	7.3%	9.0%	9.0%	7.2%
9401~9412	開辦第 5 年	1.4%	4.2%	-0.4%	5.5%	0.9%	9.6%	1.8%
9501~9512	開辦第 6 年	1.9%	-0.3%	2.6%	0.5%	1.1%	0.0%	1.5%
9601~9612	開辦第 7 年	2.8%	0.7%	-1.3%	5.6%	1.7%	-6.3%	1.4%
9701~9712	開辦第 8 年	6.4%	6.8%	6.5%	-1.5%	7.4%	2.7%	5.4%

表 4.25 中醫醫療點數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年	3,858	1,436	3,885	1,875	2,051	266	13,372
8907~9006	開辦第 1 年	4,060	1,518	3,999	1,882	2,166	261	13,887
9101~9112	開辦第 2 年	4,670	1,765	4,531	2,253	2,478	287	15,982
9201~9212	開辦第 3 年	4,939	1,900	4,914	2,447	2,711	306	17,217

9301~9312	開辦第 4 年	5,335	2,083	5,241	2,599	3,016	340	18,614
9401~9412	開辦第 5 年	5,271	2,131	4,968	2,628	2,990	360	18,348
9501~9512	開辦第 6 年	5,086	2,091	4,815	2,609	2,938	347	17,887
9601~9612	開辦第 7 年	5,364	2,212	5,100	2,747	3,064	357	18,843
9701~9712	開辦第 8 年	5,159	2,144	4,826	2,597	2,955	333	18,015

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.26 中醫醫療點數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年							
8907~9006	開辦第 1 年	5.2%	5.7%	2.9%	0.4%	5.6%	-2.0%	3.8%
9101~9112	開辦第 2 年	15.0%	16.2%	13.3%	19.7%	14.4%	9.8%	15.1%
9201~9212	開辦第 3 年	5.8%	7.6%	8.5%	8.6%	9.4%	6.8%	7.7%
9301~9312	開辦第 4 年	8.0%	9.6%	6.7%	6.2%	11.2%	11.2%	8.1%
9401~9412	開辦第 5 年	-1.2%	2.3%	-5.2%	1.1%	-0.9%	5.8%	-1.4%
9501~9512	開辦第 6 年	-3.5%	-1.9%	-3.1%	-0.7%	-1.7%	-3.6%	-2.5%
9601~9612	開辦第 7 年	5.5%	5.8%	5.9%	5.3%	4.3%	2.7%	5.3%
9701~9712	開辦第 8 年	-3.8%	-3.1%	-5.4%	-5.5%	-3.5%	-6.5%	-4.4%

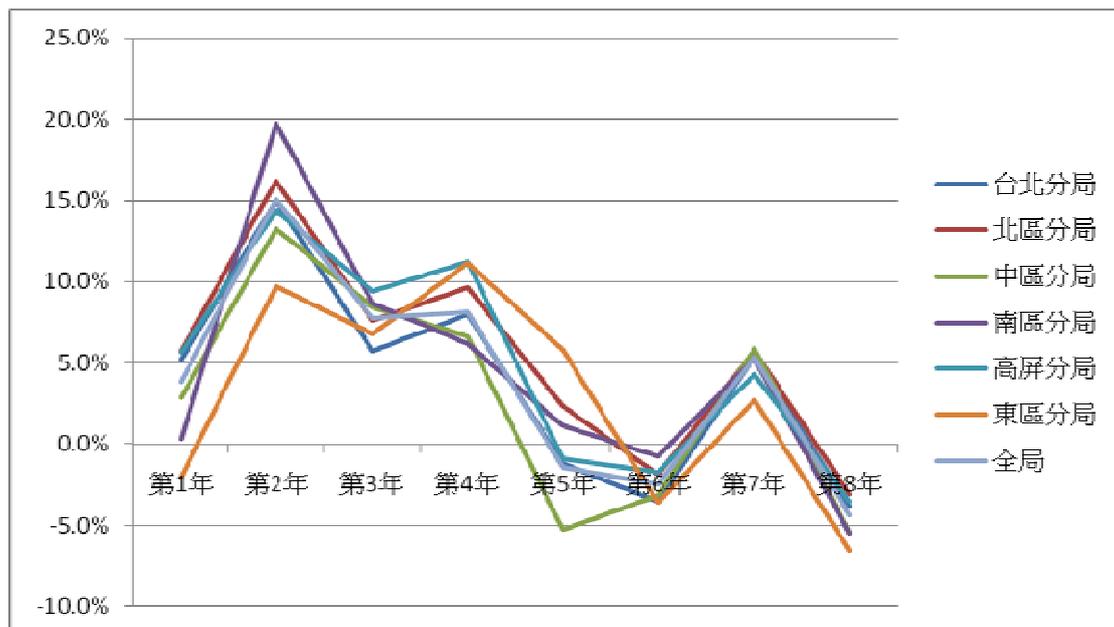


圖 4.13 中醫醫療點數成長率統計

表 4.27 中醫病人數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年	182	81	158	87	94	14	616
8907~9006	開辦第 1 年	187	84	162	87	97	13	631
9101~9112	開辦第 2 年	191	86	164	92	100	13	646
9201~9212	開辦第 3 年	195	88	169	94	103	14	663
9301~9312	開辦第 4 年	206	94	175	97	110	14	697
9401~9412	開辦第 5 年	202	92	171	97	107	14	684
9501~9512	開辦第 6 年	196	90	165	96	105	14	665
9601~9612	開辦第 7 年	202	93	170	99	108	14	685
9701~9712	開辦第 8 年	196	91	165	95	104	13	663

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.28 中醫病人數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年							
8907~9006	開辦第 1 年	2.7%	3.9%	2.8%	0.4%	2.6%	-1.7%	2.4%
9101~9112	開辦第 2 年	2.1%	2.6%	0.9%	5.2%	3.2%	-0.8%	2.4%
9201~9212	開辦第 3 年	2.0%	2.9%	3.1%	2.1%	3.5%	2.6%	2.6%
9301~9312	開辦第 4 年	5.7%	6.3%	3.8%	3.6%	6.0%	5.2%	5.0%
9401~9412	開辦第 5 年	-2.2%	-1.9%	-2.7%	0.4%	-1.9%	0.3%	-1.8%
9501~9512	開辦第 6 年	-3.0%	-2.4%	-3.3%	-1.7%	-2.1%	-4.4%	-2.7%
9601~9612	開辦第 7 年	3.3%	3.2%	3.0%	3.5%	2.3%	-0.8%	3.0%
9701~9712	開辦第 8 年	-3.1%	-2.5%	-3.2%	-3.8%	-3.2%	-6.2%	-3.2%

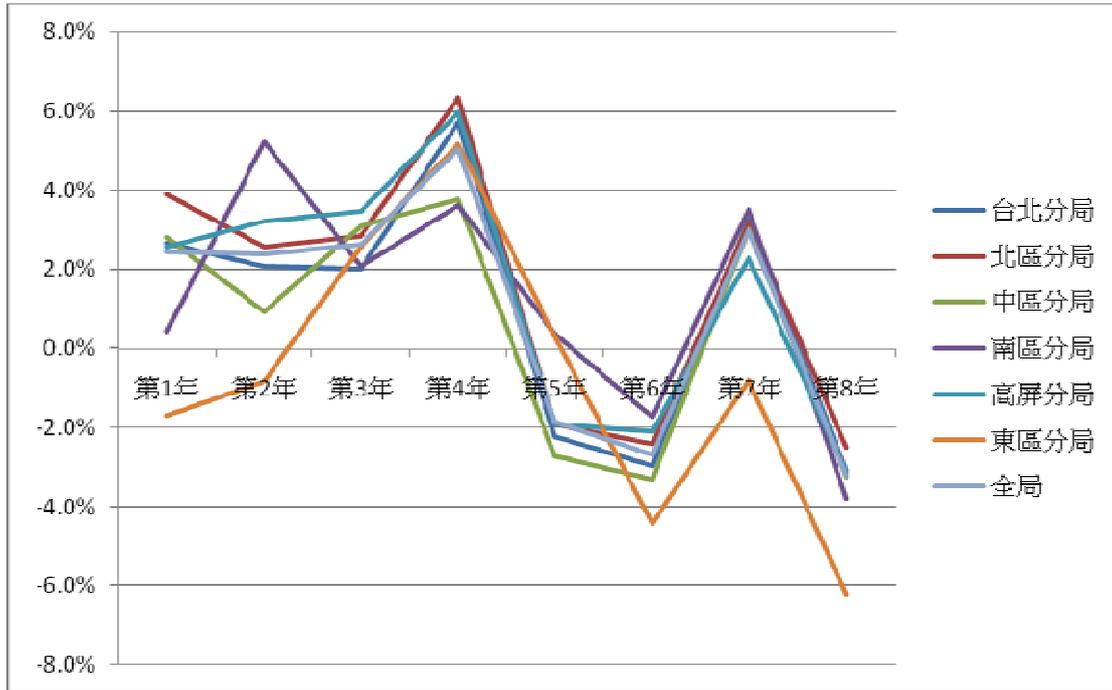


圖 4.14 中醫病人數成長率統計

表 4.29 中醫案件數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年	725	303	849	428	441	58	2,803
8907~9006	開辦第 1 年	735	309	841	411	439	54	2,788
9101~9112	開辦第 2 年	771	323	842	439	455	51	2,881
9201~9212	開辦第 3 年	823	348	920	477	504	54	3,126
9301~9312	開辦第 4 年	927	389	992	509	574	62	3,454
9401~9412	開辦第 5 年	921	395	940	515	564	65	3,400
9501~9512	開辦第 6 年	890	386	909	507	550	61	3,304
9601~9612	開辦第 7 年	943	407	962	530	574	63	3,479
9701~9712	開辦第 8 年	903	391	902	496	546	59	3,296

表 4.30 中醫案件數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8807~8906	開辦前 1 年							

8907~9006	開辦第 1 年	1.3%	1.9%	-0.9%	-3.8%	-0.4%	-6.8%	-0.5%
9101~9112	開辦第 2 年	4.9%	4.7%	0.1%	6.8%	3.6%	-4.3%	3.3%
9201~9212	開辦第 3 年	6.8%	7.5%	9.3%	8.5%	10.7%	5.8%	8.5%
9301~9312	開辦第 4 年	12.6%	12.0%	7.8%	6.9%	14.0%	13.5%	10.5%
9401~9412	開辦第 5 年	-0.7%	1.5%	-5.2%	1.2%	-1.9%	4.6%	-1.6%
9501~9512	開辦第 6 年	-3.4%	-2.5%	-3.3%	-1.5%	-2.3%	-4.8%	-2.8%
9601~9612	開辦第 7 年	6.0%	5.6%	5.8%	4.5%	4.3%	2.8%	5.3%
9701~9712	開辦第 8 年	-4.2%	-4.0%	-6.2%	-6.5%	-5.0%	-6.7%	-5.3%

三、西醫基層總額醫療利用率

表 4.31 西醫基層家數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年	2,584	1,098	1,810	1,445	1,645	256	8,838
9007~9106	開辦第 1 年	2,538	1,090	1,835	1,416	1,642	262	8,783
9201~9212	開辦第 2 年	2,586	1,102	1,909	1,447	1,651	260	8,955
9301~9312	開辦第 3 年	2,592	1,126	1,993	1,481	1,691	253	9,136
9401~9412	開辦第 4 年	2,671	1,200	2,055	1,514	1,766	251	9,457
9501~9512	開辦第 5 年	2,682	1,216	2,075	1,551	1,802	250	9,576
9601~9612	開辦第 6 年	2,708	1,254	2,069	1,570	1,824	251	9,676
9701~9712	開辦第 7 年	2,716	1,262	2,092	1,548	1,816	248	9,682

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.32 西醫基層家數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年							
9007~9106	開辦第 1 年	-1.8%	-0.7%	1.4%	-2.0%	-0.2%	2.3%	-0.6%
9201~9212	開辦第 2 年	1.9%	1.1%	4.0%	2.2%	0.5%	-0.8%	2.0%
9301~9312	開辦第 3 年	0.2%	2.2%	4.4%	2.3%	2.4%	-2.7%	2.0%
9401~9412	開辦第 4 年	3.0%	6.6%	3.1%	2.2%	4.4%	-0.8%	3.5%
9501~9512	開辦第 5 年	0.4%	1.3%	1.0%	2.4%	2.0%	-0.4%	1.3%

9601~9612	開辦第 6 年	1.0%	3.1%	-0.3%	1.2%	1.2%	0.4%	1.0%
9701~9712	開辦第 7 年	0.3%	0.6%	1.1%	-1.4%	-0.4%	-1.2%	0.1%

表 4.33 西醫基層醫師數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年	4,955	1,529	2,466	2,038	2,353	351	13,692
9007~9106	開辦第 1 年	4,905	1,555	2,512	1,957	2,406	362	13,697
9201~9212	開辦第 2 年	5,065	1,680	2,881	2,096	2,341	347	14,410
9301~9312	開辦第 3 年	5,187	1,907	3,130	2,170	2,652	378	15,424
9401~9412	開辦第 4 年	5,382	2,089	3,096	2,270	2,764	384	15,985
9501~9512	開辦第 5 年	5,560	2,105	3,186	2,326	2,903	379	16,459
9601~9612	開辦第 6 年	5,510	2,150	3,107	2,358	3,014	395	16,534
9701~9712	開辦第 7 年	5,434	2,174	3,128	2,314	3,043	400	16,493

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.34 西醫基層醫師數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年							
9007~9106	開辦第 1 年	-1.0%	1.7%	1.9%	-4.0%	2.3%	3.1%	0.0%
9201~9212	開辦第 2 年	3.3%	8.0%	14.7%	7.1%	-2.7%	-4.1%	5.2%
9301~9312	開辦第 3 年	2.4%	13.5%	8.6%	3.5%	13.3%	8.9%	7.0%
9401~9412	開辦第 4 年	3.8%	9.5%	-1.1%	4.6%	4.2%	1.6%	3.6%
9501~9512	開辦第 5 年	3.3%	0.8%	2.9%	2.5%	5.0%	-1.3%	3.0%
9601~9612	開辦第 6 年	-0.9%	2.1%	-2.5%	1.4%	3.8%	4.2%	0.5%
9701~9712	開辦第 7 年	-1.4%	1.1%	0.7%	-1.9%	1.0%	1.3%	-0.2%

表 4.35 西醫基層醫療點數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年	20,688	8,228	13,529	11,843	12,204	1,732	68,223
9007~9106	開辦第 1 年	21,216	8,320	14,158	12,322	12,823	1,776	70,615

9201~9212	開辦第 2 年	19,684	8,043	14,580	10,959	12,374	1,555	67,195
9301~9312	開辦第 3 年	21,372	8,859	16,102	11,773	13,603	1,650	73,359
9401~9412	開辦第 4 年	22,277	9,599	16,793	12,020	14,113	1,704	76,506
9501~9512	開辦第 5 年	21,642	9,605	16,430	11,875	13,723	1,567	74,843
9601~9612	開辦第 6 年	21,540	9,850	16,451	11,986	13,845	1,499	75,172
9701~9712	開辦第 7 年	20,175	9,423	15,156	10,947	12,682	1,377	69,760

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.36 西醫基層醫療點數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年							
9007~9106	開辦第 1 年	2.6%	1.1%	4.7%	4.0%	5.1%	2.6%	3.5%
9201~9212	開辦第 2 年	-7.2%	-3.3%	3.0%	-11.1%	-3.5%	-12.4%	-4.8%
9301~9312	開辦第 3 年	8.6%	10.2%	10.4%	7.4%	9.9%	6.1%	9.2%
9401~9412	開辦第 4 年	4.2%	8.3%	4.3%	2.1%	3.7%	3.3%	4.3%
9501~9512	開辦第 5 年	-2.9%	0.1%	-2.2%	-1.2%	-2.8%	-8.1%	-2.2%
9601~9612	開辦第 6 年	-0.5%	2.5%	0.1%	0.9%	0.9%	-4.3%	0.4%
9701~9712	開辦第 7 年	-6.3%	-4.3%	-7.9%	-8.7%	-8.4%	-8.2%	-7.2%

表 4.37 西醫基層病人數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年	626	288	380	298	322	49	1,964
9007~9106	開辦第 1 年	629	293	385	301	325	49	1,982
9201~9212	開辦第 2 年	632	301	395	303	326	49	2,004
9301~9312	開辦第 3 年	643	309	406	309	331	50	2,049
9401~9412	開辦第 4 年	656	319	413	315	335	51	2,088
9501~9512	開辦第 5 年	641	315	403	310	329	49	2,046
9601~9612	開辦第 6 年	645	320	406	311	334	48	2,063
9701~9712	開辦第 7 年	627	314	396	300	322	45	2,006

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.38 西醫基層病人數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年							
9007~9106	開辦第 1 年	0.5%	1.8%	1.1%	0.9%	0.8%	0.3%	0.9%
9201~9212	開辦第 2 年	0.5%	2.6%	2.6%	0.6%	0.2%	-0.2%	1.1%
9301~9312	開辦第 3 年	1.7%	2.9%	2.9%	2.1%	1.7%	3.0%	2.2%
9401~9412	開辦第 4 年	2.1%	3.2%	1.7%	1.8%	1.1%	0.8%	1.9%
9501~9512	開辦第 5 年	-2.3%	-1.4%	-2.4%	-1.6%	-1.5%	-4.5%	-2.0%
9601~9612	開辦第 6 年	0.7%	1.8%	0.7%	0.4%	1.3%	-1.7%	0.9%
9701~9712	開辦第 7 年	-2.8%	-1.8%	-2.4%	-3.4%	-3.4%	-4.7%	-2.8%

表 4.39 西醫基層案件數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年	4,896	2,178	3,411	2,756	2,912	415	16,568
9007~9106	開辦第 1 年	4,866	2,175	3,412	2,759	2,933	414	16,559
9201~9212	開辦第 2 年	4,876	2,217	3,583	2,797	2,941	412	16,826
9301~9312	開辦第 3 年	5,228	2,402	3,904	3,011	3,196	449	18,190
9401~9412	開辦第 4 年	5,513	2,527	4,005	3,101	3,286	463	18,895
9501~9512	開辦第 5 年	5,142	2,412	3,709	2,943	3,111	418	17,736
9601~9612	開辦第 6 年	5,124	2,473	3,737	2,971	3,158	403	17,866
9701~9712	開辦第 7 年	4,606	2,273	3,356	2,638	2,828	361	16,061

註：1. 資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2. 資料擷取日期：98/1。

表 4.40 西醫基層案件數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
8907~9006	開辦前 1 年							
9007~9106	開辦第 1 年	-0.6%	-0.1%	0.0%	0.1%	0.7%	-0.1%	-0.1%
9201~9212	開辦第 2 年	0.2%	2.0%	5.0%	1.4%	0.3%	-0.6%	1.6%
9301~9312	開辦第 3 年	7.2%	8.3%	8.9%	7.7%	8.7%	8.9%	8.1%
9401~9412	開辦第 4 年	5.4%	5.2%	2.6%	3.0%	2.8%	3.2%	3.9%
9501~9512	開辦第 5 年	-6.7%	-4.6%	-7.4%	-5.1%	-5.3%	-9.6%	-6.1%

9601~9612	開辦第 6 年	-0.3%	2.5%	0.7%	1.0%	1.5%	-3.7%	0.7%
9701~9712	開辦第 7 年	-10.1%	-8.1%	-10.2%	-11.2%	-10.5%	-10.4%	-10.1%

(一) 西醫基層醫師情況

下圖 4.15 為各區診所醫師數成長情況，圖中除台北（91~92）及高屏（95~96）有明顯變化外，西部五區皆為一致的成長現象（也許可視為「自然成長的現象」），然而，醫師數最少的東區依舊沒什麼變化，「錢跟人走」的健保政策從此圖看來並未奏效。

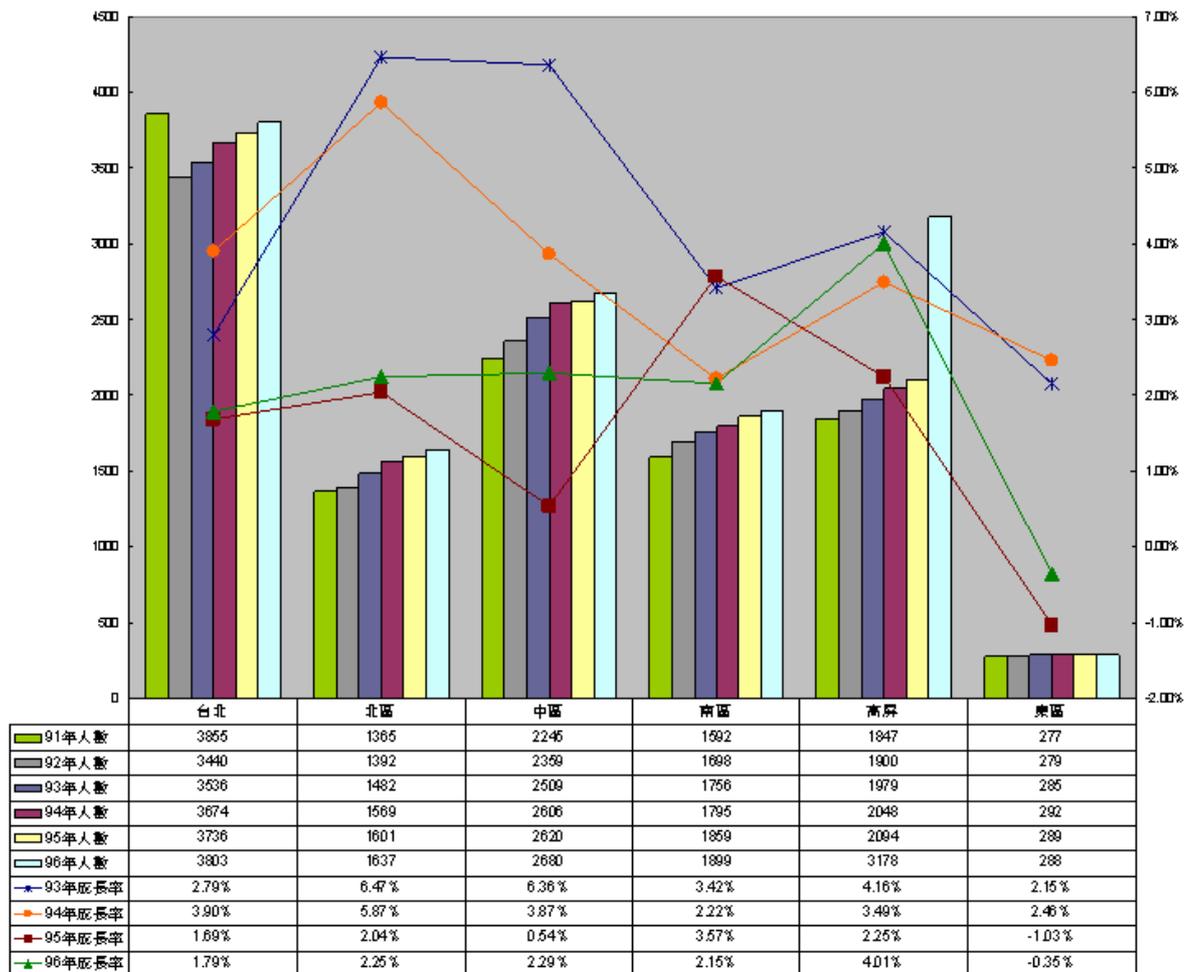


圖 4.15 西醫基層特約西醫診所醫師數及成長率

下圖 4.16 是利用人口數醫師數換算醫師密度，其結果與前圖相近，各區皆為一致成長，中區及南區的基層醫師密度相對較其他地區高，而最低的是北區及東區。然而，從 94~96 年的資料顯示，惟東區醫師數成長情形依舊敬陪末座，亦「錢跟人走」的健保政策對東西醫師引進的影響效果有限。

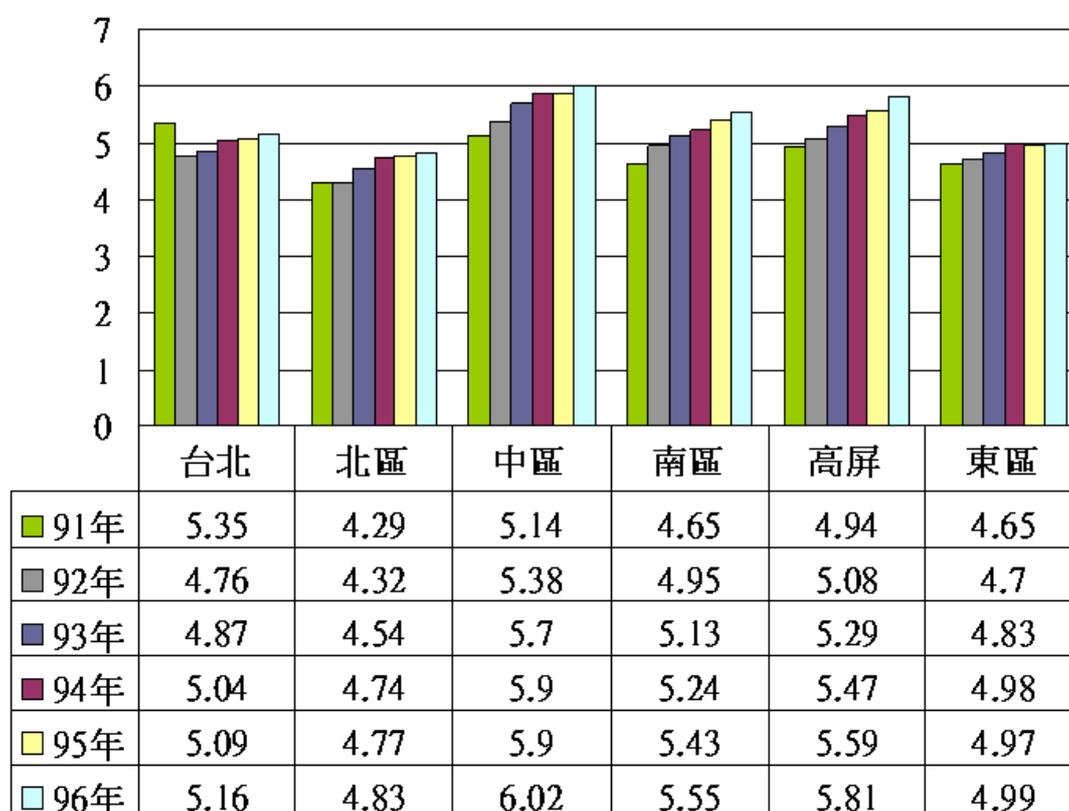


圖 4.16 西醫基層每萬人口西醫診所醫師數

四、西醫醫院總額醫療利用率

表 4.41 西醫醫院家數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年	137	66	133	111	165	19	631
9107~9206	開辦第 1 年	134	71	123	106	154	19	607
9301~9312	開辦第 2 年	128	70	119	96	150	19	582
9401~9412	開辦第 3 年	124	67	120	97	145	16	569
9501~9512	開辦第 4 年	119	66	115	86	141	17	544
9601~9612	開辦第 5 年	117	66	116	84	136	16	535
9701~9712	開辦第 6 年	115	68	118	76	127	16	520

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.42 西醫醫院家數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年							
9107~9206	開辦第 1 年	-2.2%	7.6%	-7.5%	-4.5%	-6.7%	0.0%	-3.8%
9301~9312	開辦第 2 年	-4.5%	-1.4%	-3.3%	-9.4%	-2.6%	0.0%	-4.1%
9401~9412	開辦第 3 年	-3.1%	-4.3%	0.8%	1.0%	-3.3%	-15.8%	-2.2%
9501~9512	開辦第 4 年	-4.0%	-1.5%	-4.2%	-11.3%	-2.8%	6.3%	-4.4%
9601~9612	開辦第 5 年	-1.7%	0.0%	0.9%	-2.3%	-3.5%	-5.9%	-1.7%
9701~9712	開辦第 6 年	-1.7%	3.0%	1.7%	-9.5%	-6.6%	0.0%	-2.8%

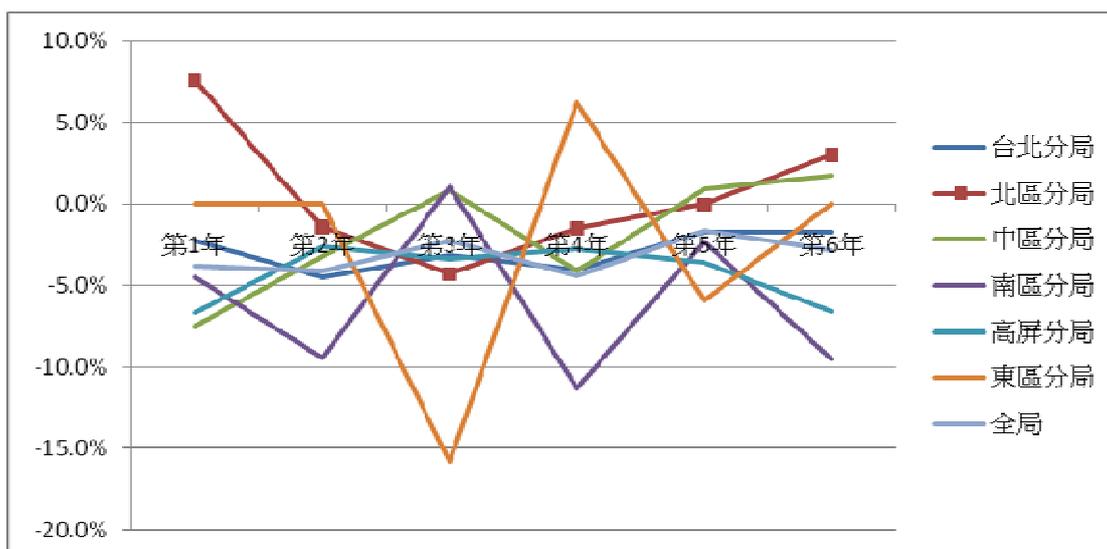


圖 4.17 西醫醫院家數成長率統計

表 4.43 西醫醫院醫師數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年	7,452	3,027	3,521	2,719	3,586	730	21,035
9107~9206	開辦第 1 年	7,596	3,358	3,692	2,797	3,613	757	21,813
9301~9312	開辦第 2 年	7,954	3,428	3,942	2,980	3,776	846	22,926
9401~9412	開辦第 3 年	8,226	3,240	3,801	2,981	3,752	884	22,884
9501~9512	開辦第 4 年	8,588	3,189	4,024	3,382	3,747	909	23,839
9601~9612	開辦第 5 年	8,841	3,328	4,380	3,652	3,887	1,032	25,120
9701~9712	開辦第 6 年	9,076	3,253	4,517	3,508	3,918	929	25,201

註：1. 資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2. 資料擷取日期：98/1。

表 4.44 西醫醫院醫師數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年							
9107~9206	開辦第 1 年	1.9%	10.9%	4.9%	2.9%	0.8%	3.7%	3.7%
9301~9312	開辦第 2 年	4.7%	2.1%	6.8%	6.5%	4.5%	11.8%	5.1%
9401~9412	開辦第 3 年	3.4%	-5.5%	-3.6%	0.0%	-0.6%	4.5%	-0.2%

9501~9512	開辦第 4 年	4.4%	-1.6%	5.9%	13.5%	-0.1%	2.8%	4.2%
9601~9612	開辦第 5 年	2.9%	4.4%	8.8%	8.0%	3.7%	13.5%	5.4%
9701~9712	開辦第 6 年	2.7%	-2.3%	3.1%	-3.9%	0.8%	-10.0%	0.3%

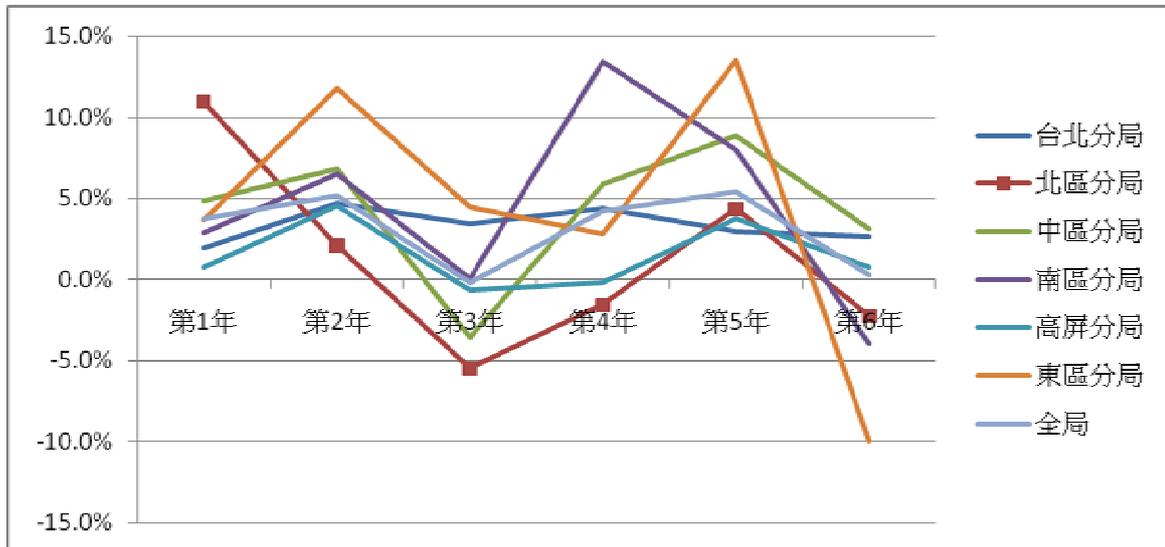


圖 4.18 西醫醫院醫師數成長率統計

表 4.45 西醫醫院醫療點數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年	40,770	18,701	23,484	15,874	20,422	2,757	122,008
9107~9206	開辦第 1 年	39,976	18,141	23,222	15,904	19,579	2,901	119,723
9301~9312	開辦第 2 年	44,775	19,195	24,336	16,992	21,782	3,489	130,570
9401~9412	開辦第 3 年	45,108	17,703	25,004	16,868	22,455	3,684	130,822
9501~9512	開辦第 4 年	47,664	18,091	26,358	17,432	21,213	3,896	134,654
9601~9612	開辦第 5 年	50,689	18,859	28,184	18,348	21,952	3,972	142,004
9701~9712	開辦第 6 年	49,624	17,762	27,433	17,898	20,818	3,756	137,291

註：1. 資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2. 資料擷取日期：98/1。

表 4.46 西醫醫院醫療點數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年							
9107~9206	開辦第 1 年	-1.9%	-3.0%	-1.1%	0.2%	-4.1%	5.2%	-1.9%
9301~9312	開辦第 2 年	12.0%	5.8%	4.8%	6.8%	11.3%	20.3%	9.1%
9401~9412	開辦第 3 年	0.7%	-7.8%	2.7%	-0.7%	3.1%	5.6%	0.2%
9501~9512	開辦第 4 年	5.7%	2.2%	5.4%	3.3%	-5.5%	5.8%	2.9%
9601~9612	開辦第 5 年	6.3%	4.2%	6.9%	5.3%	3.5%	1.9%	5.5%
9701~9712	開辦第 6 年	-2.1%	-5.8%	-2.7%	-2.5%	-5.2%	-5.4%	-3.3%

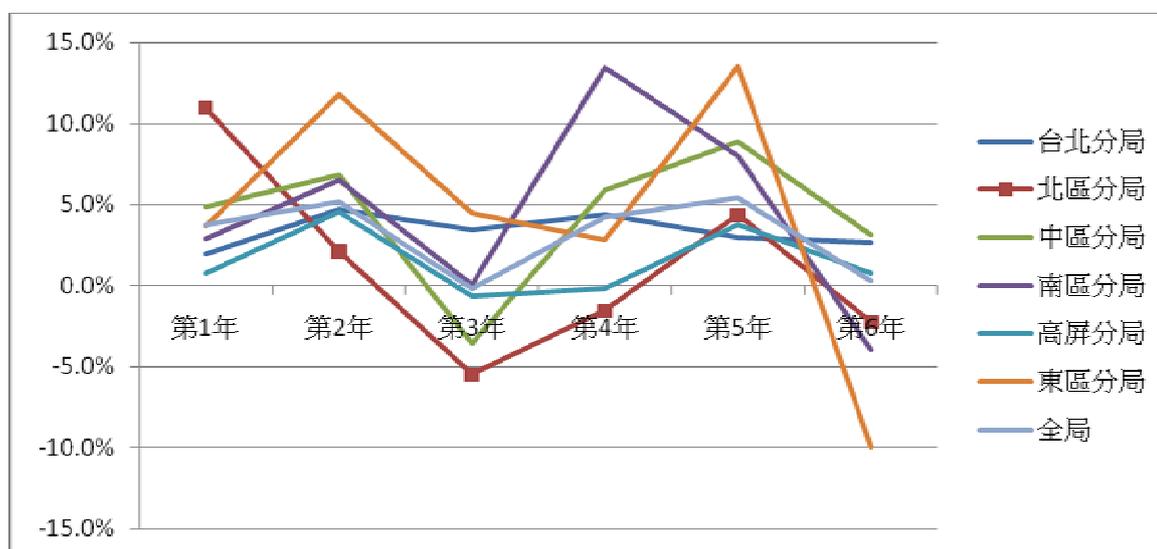


圖 4.19 西醫醫院醫療點數成長率統計

表 4.47 西醫醫院病人數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年	446	257	275	193	237	34	1,441
9107~9206	開辦第 1 年	431	251	268	190	230	33	1,403
9301~9312	開辦第 2 年	445	253	268	194	235	35	1,431
9401~9412	開辦第 3 年	432	229	257	188	227	34	1,368
9501~9512	開辦第 4 年	423	216	247	180	213	33	1,313

9601~9612	開辦第 5 年	430	218	253	182	212	33	1,328
9701~9712	開辦第 6 年	417	205	245	174	203	31	1,275

註：1. 資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2. 資料擷取日期：98/1。

表 4.48 西醫醫院病人數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年							
9107~9206	開辦第 1 年	-3.5%	-2.2%	-2.5%	-1.3%	-3.0%	-1.1%	-2.6%
9301~9312	開辦第 2 年	3.4%	0.6%	0.0%	2.2%	2.2%	6.2%	2.0%
9401~9412	開辦第 3 年	-2.9%	-9.5%	-4.3%	-3.1%	-3.0%	-3.6%	-4.4%
9501~9512	開辦第 4 年	-2.2%	-5.6%	-3.7%	-4.3%	-6.2%	-3.4%	-4.0%
9601~9612	開辦第 5 年	1.8%	1.1%	2.3%	0.8%	-0.6%	-0.2%	1.2%
9701~9712	開辦第 6 年	-3.2%	-6.0%	-3.2%	-4.5%	-4.2%	-5.8%	-4.0%

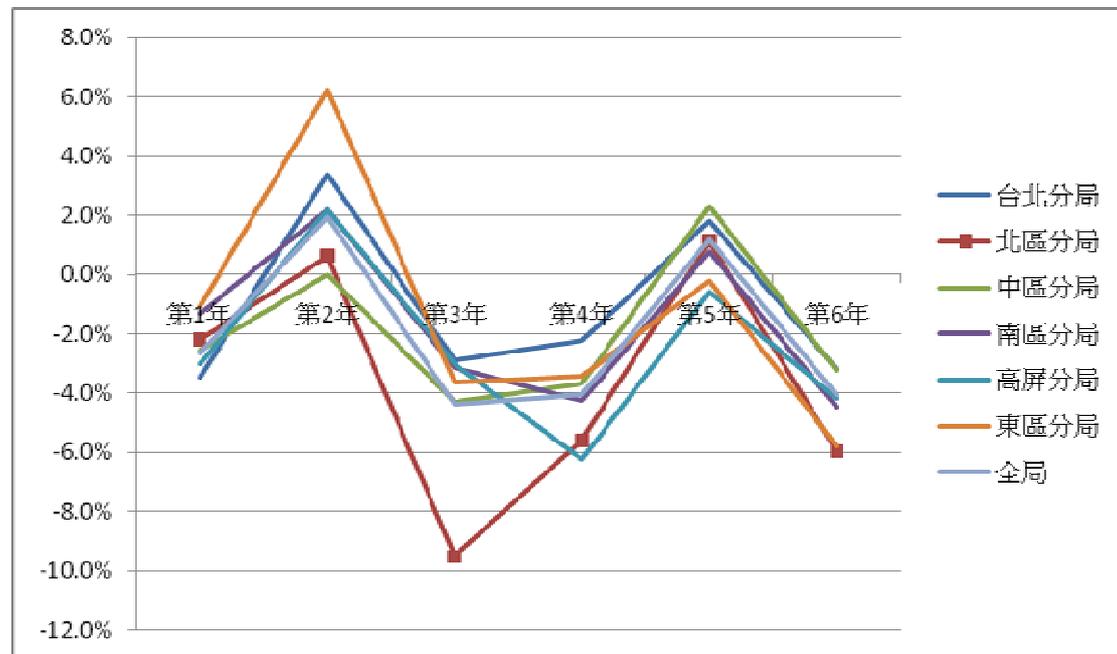


圖 4.20 西醫醫院病人數成長率統計

表 4.49 西醫醫院案件數統計

費用年月	開辦第幾年	申報狀況						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年	3,046	1,540	1,864	1,227	1,716	215	9,608
9107~9206	開辦第 1 年	2,864	1,497	1,771	1,201	1,634	213	9,180
9301~9312	開辦第 2 年	3,143	1,506	1,825	1,278	1,780	237	9,768
9401~9412	開辦第 3 年	3,091	1,323	1,758	1,220	1,708	236	9,336
9501~9512	開辦第 4 年	3,116	1,266	1,716	1,162	1,535	236	9,033
9601~9612	開辦第 5 年	3,252	1,316	1,821	1,201	1,555	243	9,388
9701~9712	開辦第 6 年	3,034	1,198	1,727	1,127	1,429	227	8,743

註：1.資料來源：總局倉儲門診清單明細檢視表檔案，以醫事類別區分各總額別。

註：2.資料擷取日期：98/1。

表 4.50 西醫醫院案件數成長率統計

費用年月	開辦第幾年	成長率						
		台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
9007~9106	開辦前 1 年							
9107~9206	開辦第 1 年	-6.0%	-2.8%	-5.0%	-2.1%	-4.8%	-1.1%	-4.5%
9301~9312	開辦第 2 年	9.7%	0.6%	3.0%	6.4%	8.9%	11.6%	6.4%
9401~9412	開辦第 3 年	-1.7%	-12.2%	-3.6%	-4.5%	-4.0%	-0.4%	-4.4%
9501~9512	開辦第 4 年	0.8%	-4.3%	-2.4%	-4.7%	-10.1%	0.1%	-3.2%
9601~9612	開辦第 5 年	4.4%	3.9%	6.1%	3.3%	1.3%	2.8%	3.9%
9701~9712	開辦第 6 年	-6.7%	-9.0%	-5.2%	-6.2%	-8.1%	-6.4%	-6.9%

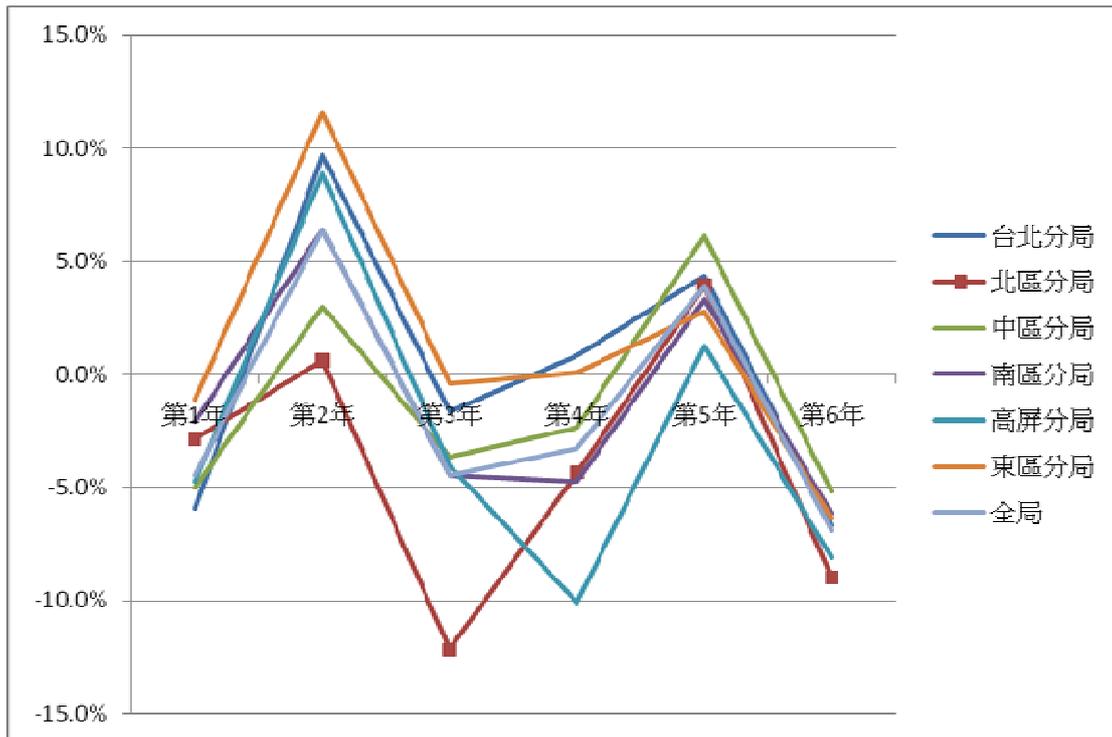


圖 4.21 西醫醫院案件數成長率統計

五、全國門住診情況

將資料區分為基層門診、醫院門診及醫院住院三個方面來呈現：

(一) 基層門診

圖 4.22 為實際 93~96 年六區的基層就醫人次數（案件數），台北與中區分局案件數高居六區第一及二名，而南區及高屏區相近。

基層門診案件數(*萬人次)

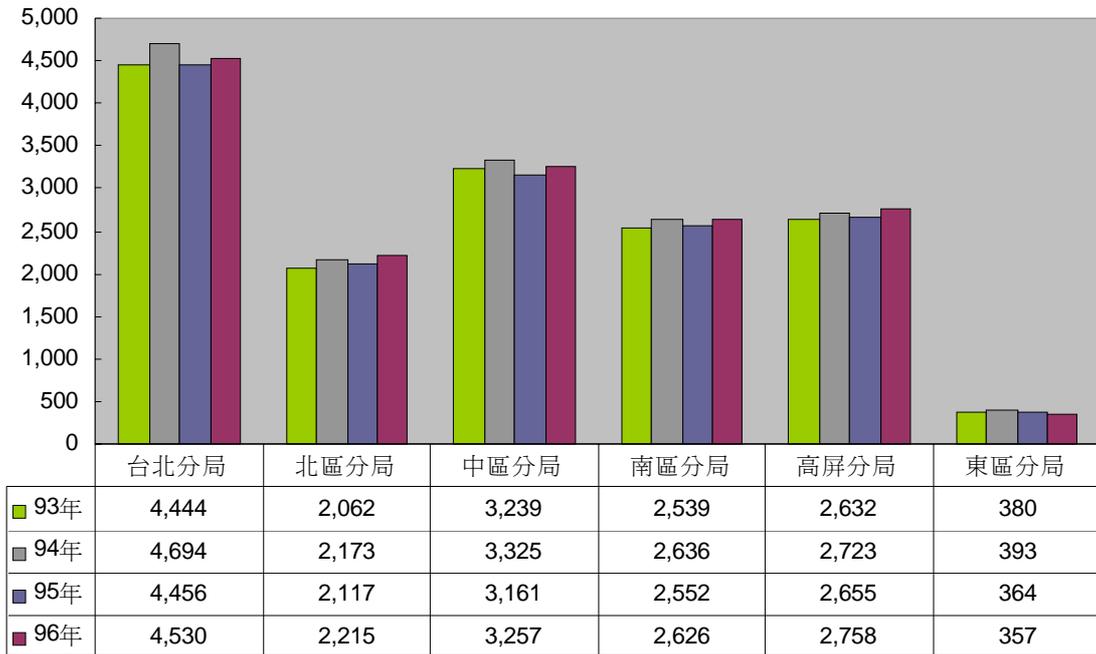


圖 4.22 民國 93~96 年基層門診案件數

圖 4.23 是將圖 4.22 的案件數換算成長率的結果，可以看到無論哪個分區 95 年度的成案件數成長率皆反轉為負，顯示 95 年政策對國內健保運作發生重大的影響。而從 94 年度正成長率到 95 年度間的負成長率，台北分局及東區分局變化高達 10% 以上，衝擊二區甚鉅。

基層門診成長率

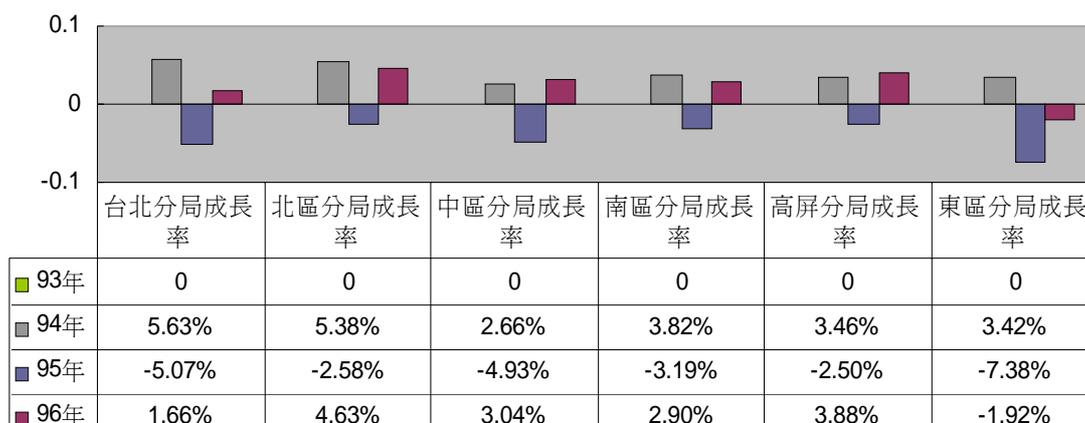


圖 4.23 民國 93~96 年基層門診案件數成長率

(二) 醫院門診

圖 4.24 為實際 93~96 年六區的醫院門診就醫人次數（案件數），其分布與基層門診明顯不同，台北分局案件數依舊高出其他區很多，而依續為中區、高屏、北區、南區及東區。

醫院門診案件數(*萬人次)

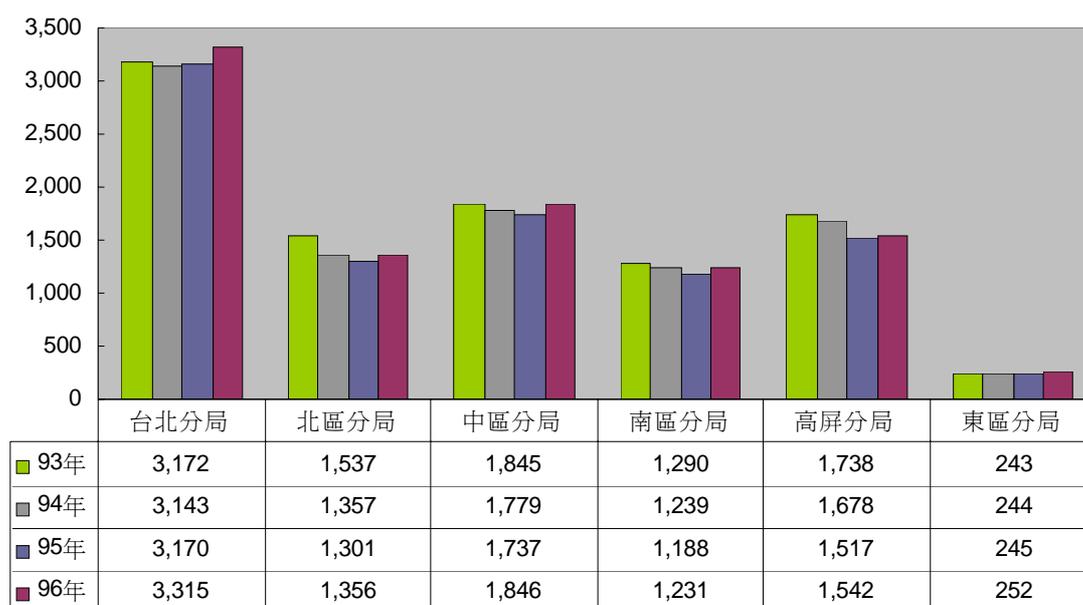


圖 4.24 民國 93~96 年醫院門診案件數

圖 4.25 是將圖 4.24 的案件數換算成長率的結果，但成長率沒有看到基層的那種現象，94 年到 95 年間，北區於 94 年負成長 11.71%，而高屏於 95 年負成長 9.59%，其他較無顯變化。而 96 年成長率皆為正成長。六區資料雖可看出正負向成長情況相近，但似乎仍無法從四年間取得一個趨勢，也許醫院的部份需要更長期的資料追蹤，才能下結論。

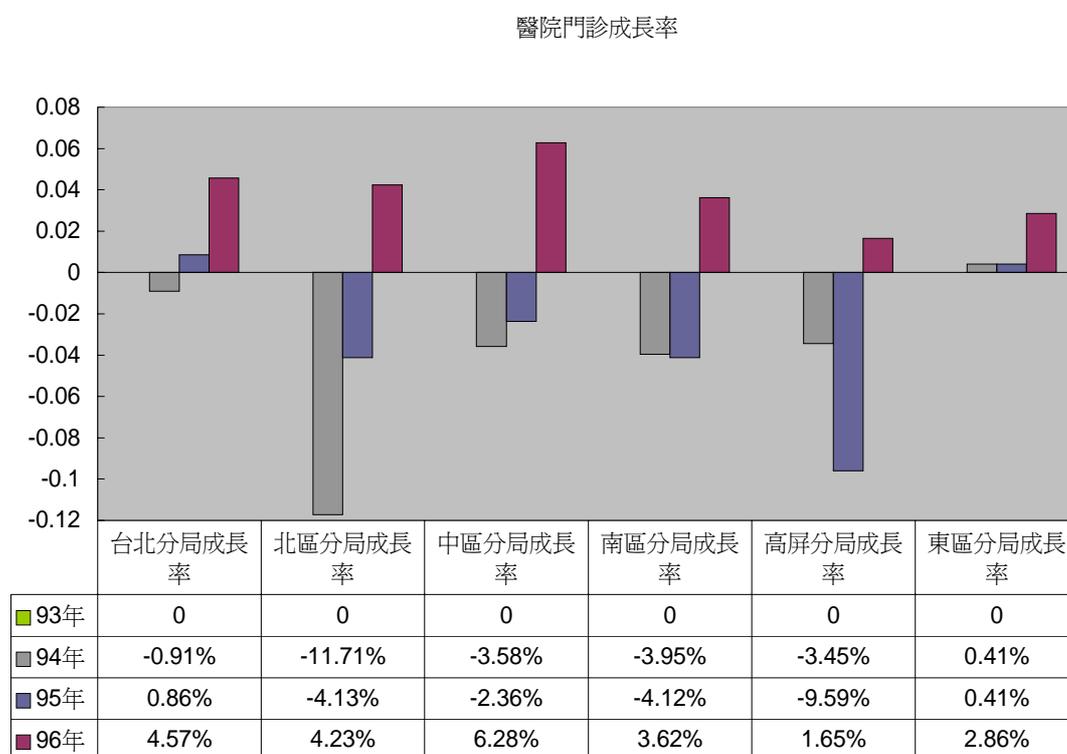


圖 4.25 民國 93~96 年醫院門診案件數成長率

(三) 醫院住院

圖 4.26 為實際 93~96 年六區的醫院住院就醫人次數（案件數），

其分布與醫院門診相近，而依續為台北、中區、高屏、北區、南區及東區。

醫院住院案件數(*萬人次)

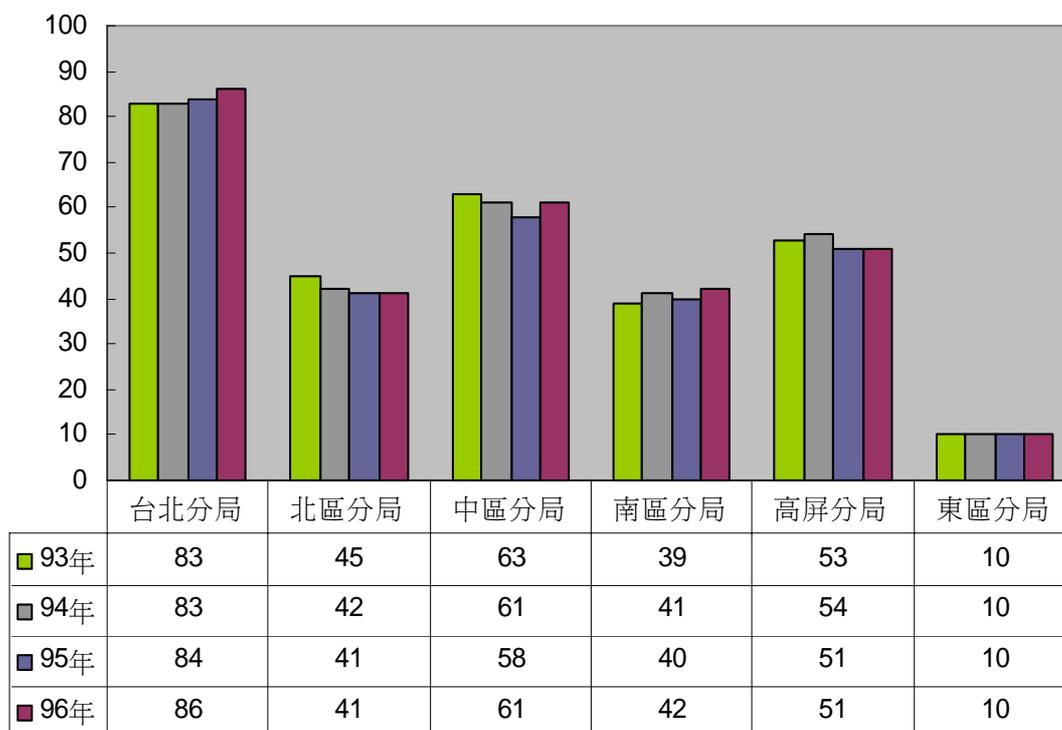


圖 4.26 民國 93~96 年醫院住院案件數

圖 4.27 是將圖 4.26 的案件數換算成長率的結果，圖中成長率亦有別於基層及醫院門診的現象，雖然其成長率的變化並沒有醫院門診大，但六區情況皆不相同。醫院住院牽涉到層級問題及急重症病患，情況複雜，未來有必要將醫院門診及住院分開來討論。

醫院住院成長率

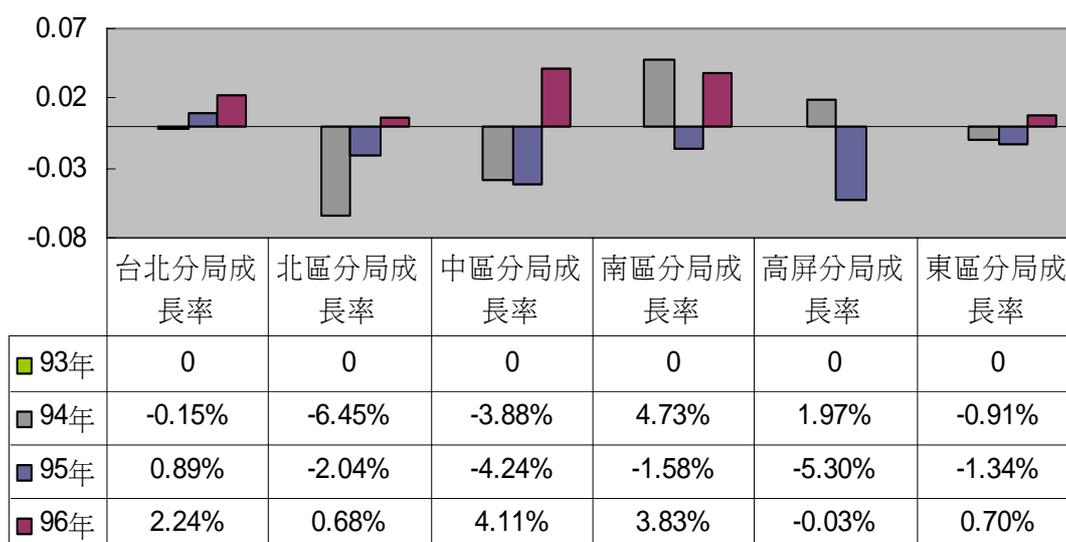


圖 4.27 民國 93~96 年醫院住院案件數成長率

第四項、統計分析地區預算分配公式與醫師人力分布

總額預算實施目的在合理分配醫療資源，而醫療資源中最重要即為醫師人力資源，故本研究分析 1997~2006 年之西、牙、中醫之人力分布變化情形，以做為總額預算地區預算分配合理性的政策參考。

一、西醫分布情形

全國每十萬人口西醫人力數由 1997 年的 120 人增加至 2006 年的 150 人，其中以東區增加最多(49%)，中區最少(6%)。十年之間無醫師的鄉鎮市區數有降低的趨勢由 6 個降為 3 個。西醫於醫院執業的百分比 1997 年時為 59%至 2006 年時增加為 62%，各區也都有增加的情形，其中比例增加最多的為東區(11%)，最少為北區(2%)。

醫院醫師的分布情形，整體而言有惡化的趨勢，Gini 係數由 1997 年的 0.25 增至 2006 年的 0.31，且各區惡化的情形居多，僅北區由 0.23 有改善至 0.20。診所醫師的分布情形整體而言有微幅的改善，Gini 係數由 1997 年的 0.68 減少至 2005 年的 0.67，且各區大多呈改善的情形，僅南區及高屏區呈惡化狀況，其中以南區的惡化情形最為嚴重，由 1997 年的 0.61 至 2006 年的 0.78。

表 4.51 西醫醫師人力數分布表

變項		台北區	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
人口數								
	1997	69	38	32	33	36	6	214
	2006	73	33	44	34	37	6	227
醫師人力數								
	1997	9519	3269	4614	3215	4393	666	25676
	2006	12147	4492	6731	4032	5829	988	34219
每十萬人醫師數								
	1997	138	86	144	97	122	111	120
	2006	166	132	153	119	158	165	150
無醫師鄉鎮市區數								
	1997	4	0	0	1	1	0	6
	2006	2	0	0	1	0	0	3
於醫院執業之百分比								
	1997	66%	60%	53%	47%	58%	59%	59%
	2006	66%	62%	59%	51%	61%	70%	62%
醫院 Gini 係數								
	1997	0.18	0.23	0.31	0.30	0.22	0.25	0.25
	2006	0.21	0.20	0.36	0.48	0.23	0.31	0.31
診所 Gini 係數								
	1997	0.66	0.69	0.67	0.61	0.66	0.64	0.68
	2006	0.61	0.65	0.64	0.78	0.67	0.63	0.67

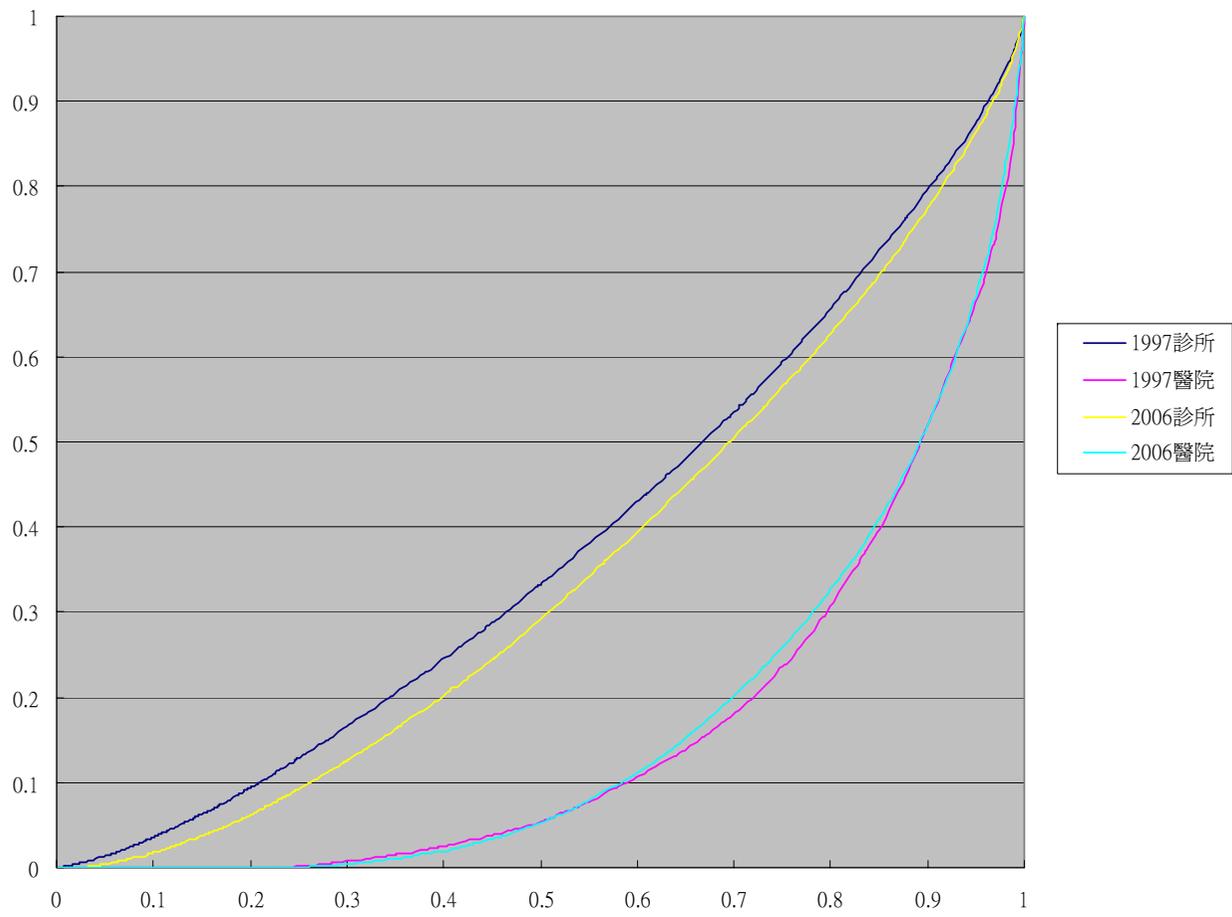


圖 4.28 全台醫師人力 Lorenz 曲線圖

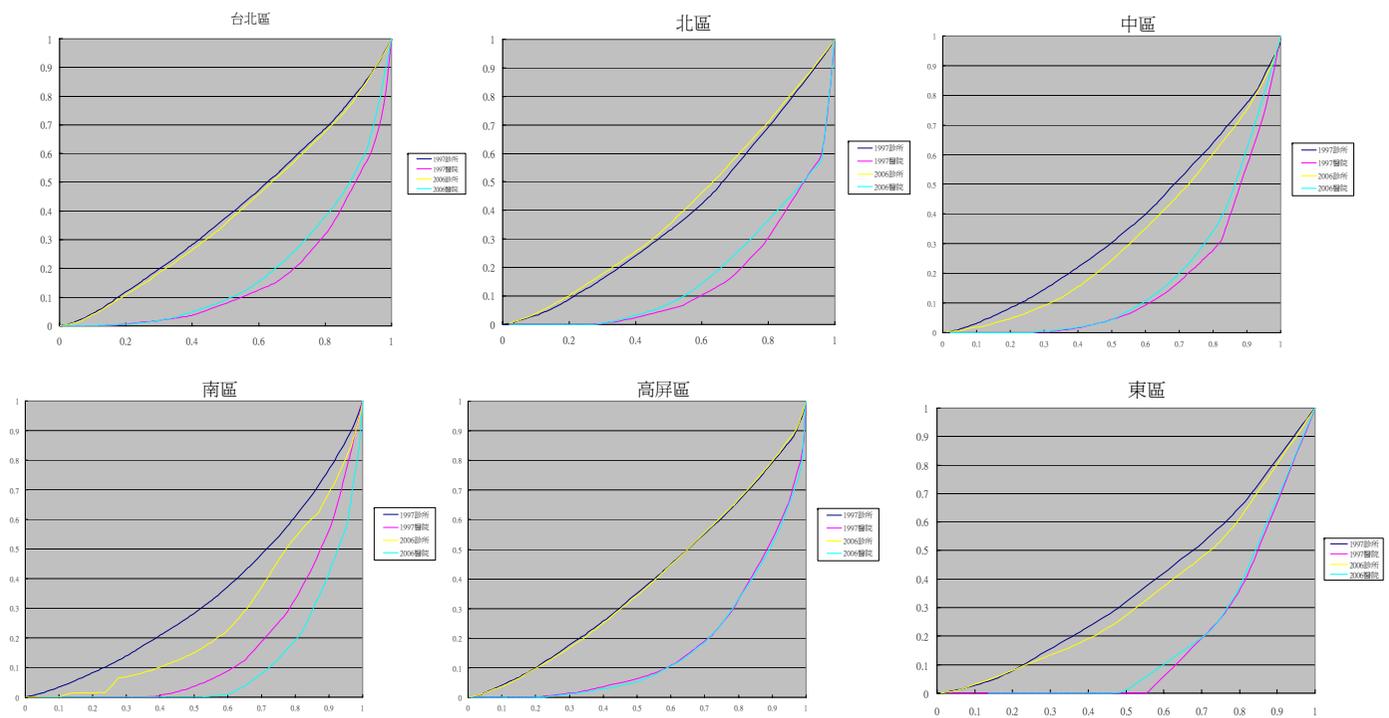


圖 4.29 各分區西醫師人力 Lorenz 曲線圖

二、牙醫分布情形

全國每十萬人口牙醫人力數由 1997 年的 38 人增加至 2006 年的 46 人，其中以北區增加最多(89%)，南區卻有減少的情形由 1997 年的 41 人至 2006 年的 34 人。十年之間無牙醫師的鄉鎮市區數有降低的趨勢由 76 個降為 36 個。牙醫於醫院執業的百分比 1997 年時為 22% 至 2006 年時降至 13%，各區也都有下降的情形，其中比例增加最多的為南區(33%)，中區並無改變。

醫院牙醫師的分布整體而言有改善的趨勢，Gini 係數由 1997 年的 0.73 減至 2006 年的 0.66，且各區均有改善的情形。診所牙醫師的分布整體而言亦呈改善的趨勢，Gini 係數由 1997 年的 0.40 減至 2005 年的 0.36，各區也大多都有改善的情形，只有中區是惡化的情形，由 1997 年的 0.38 增至 2006 年的 0.42。

表 4.52 牙醫醫師人力數分布表

變項	台北區	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
人口數							
1997	69	38	32	33	36	6	214
2006	73	33	44	34	37	6	227
牙醫師數							
1997	3269	719	1497	1362	1140	125	8112
2006	4291	1196	2034	1149	1539	192	10401
每十萬人牙醫師數							
1997	47	19	47	41	32	21	38
2006	59	36	46	34	42	32	46
無牙醫師鄉鎮數							
1997	1	6	8	15	26	20	76
2006	5	3	1	6	14	7	36
於醫院執業之百分比							
1997	17%	31%	12%	47%	16%	30%	22%
2006	13%	12%	12%	14%	12%	20%	13%
醫院 Gini 係數							
1997	0.72	0.74	0.74	0.87	0.76	0.65	0.73
2006	0.65	0.73	0.72	0.84	0.74	0.59	0.66
診所 Gini 係數							
1997	0.31	0.34	0.38	0.45	0.41	0.54	0.40
2006	0.29	0.28	0.42	0.43	0.35	0.41	0.36

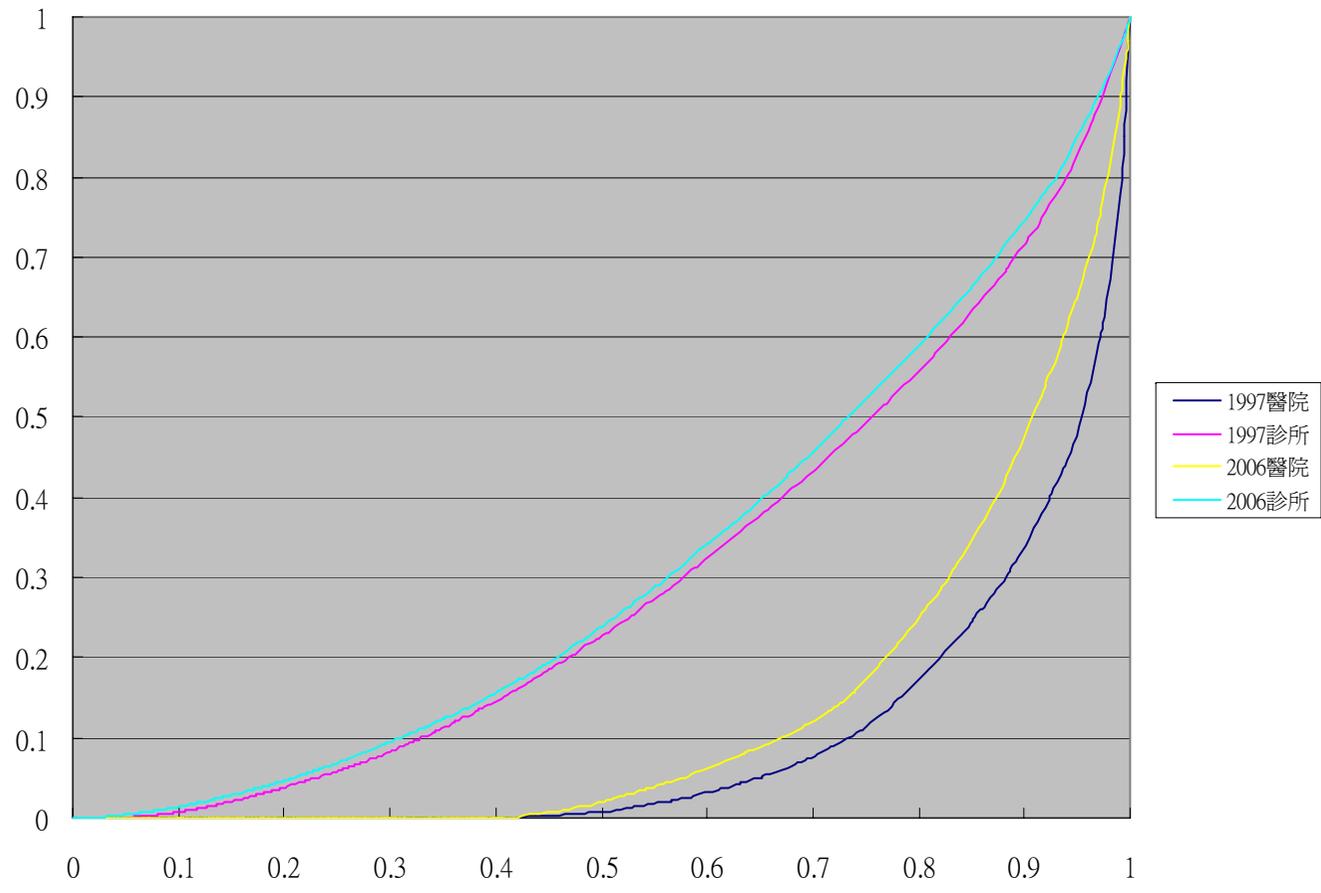


圖 4.30 全台牙醫師人力 Lorenz 曲線圖

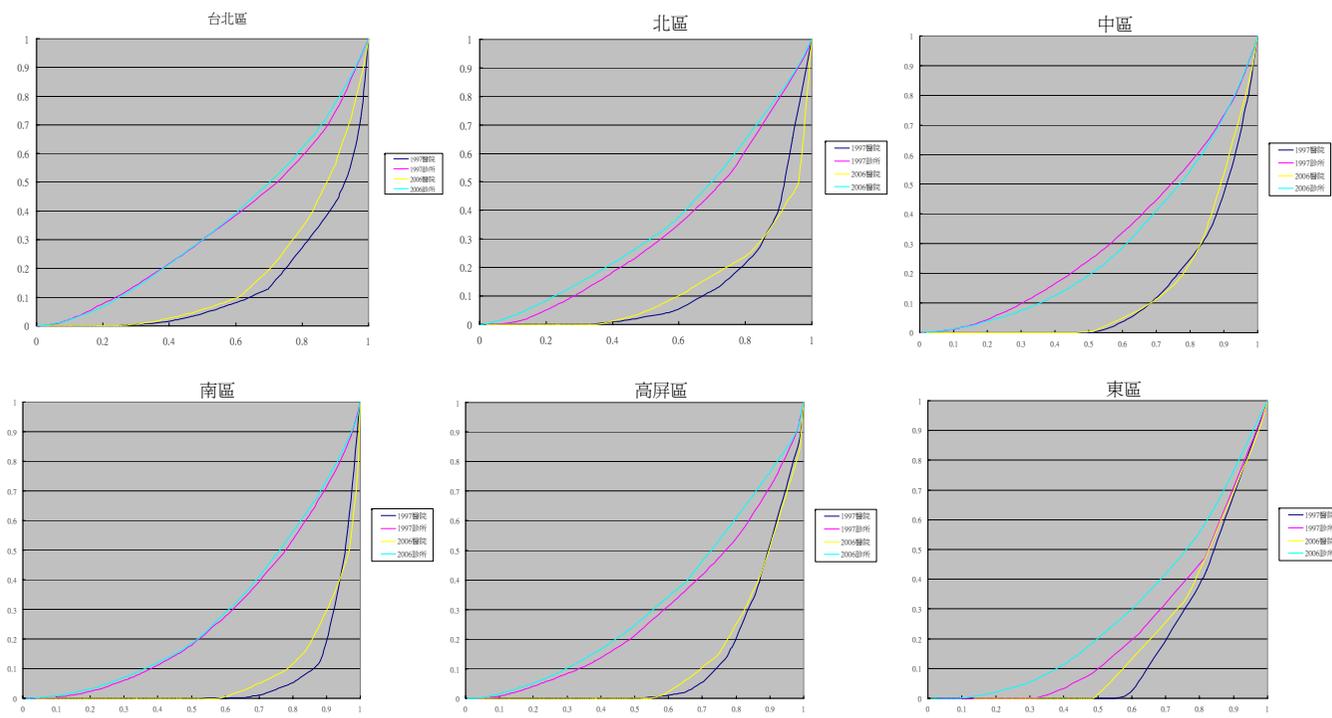


圖 4.31 各分區牙醫師人力 Lorenz 曲線圖

三、中醫分布情形

全國每十萬人口中醫人力數由 1997 年的 17 人增加至 2006 年的 21 人，其中以北區增加最多(54%)，南區卻有減少的趨勢。十年之間無中醫師的鄉鎮市區數有降低的趨勢由 109 個降為 108 個。西醫於醫院執業的百分比 1997 年時為 27%至 2006 年時下降為 10%，各區也都有下降的情形，唯獨中區是增加的情形。

醫院中醫師的分布情形整體而言有改善的趨勢，Gini 係數由 1997 年的 0.77 減至 2006 年的 0.74，但各區差異頗大，南區呈改善趨勢，Gini 係數由 0.85 減至 0.72，但高屏及東區則呈惡化的情形。診所中醫師的分布整體而言稍有惡化的趨勢，由 1997 年的 0.38 小幅增至 2006 年的 0.39，各區也大多都是改善的情形，僅有中區及南區稍有惡化的情形。

表 4.53 中醫醫師人力數分布表

變項		台北區	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
人口數								
	1997	69	38	32	33	36	6	214
	2006	73	33	44	34	37	6	227
中醫人力數								
	1997	947	433	871	854	436	52	3593
	2006	1421	545	1402	629	658	72	4727
每十萬人中醫數								
	1997	14	11	27	26	12	9	17
	2006	19	17	32	19	18	12	21
無中醫人力鄉鎮數								
	1997	23	13	7	18	28	20	109
	2006	19	15	7	20	28	19	108
於醫院執業之百分比								
	1997	16%	30%	7%	63%	17%	37%	27%
	2006	10%	11%	8%	14%	10%	19%	10%
醫院 Gini 係數								
	1997	0.72	0.74	0.82	0.85	0.65	0.65	0.77
	2006	0.72	0.73	0.81	0.72	0.80	0.73	0.74
診所 Gini 係數								
	1997	0.26	0.35	0.36	0.33	0.38	0.50	0.38
	2006	0.31	0.33	0.4	0.41	0.32	0.48	0.39

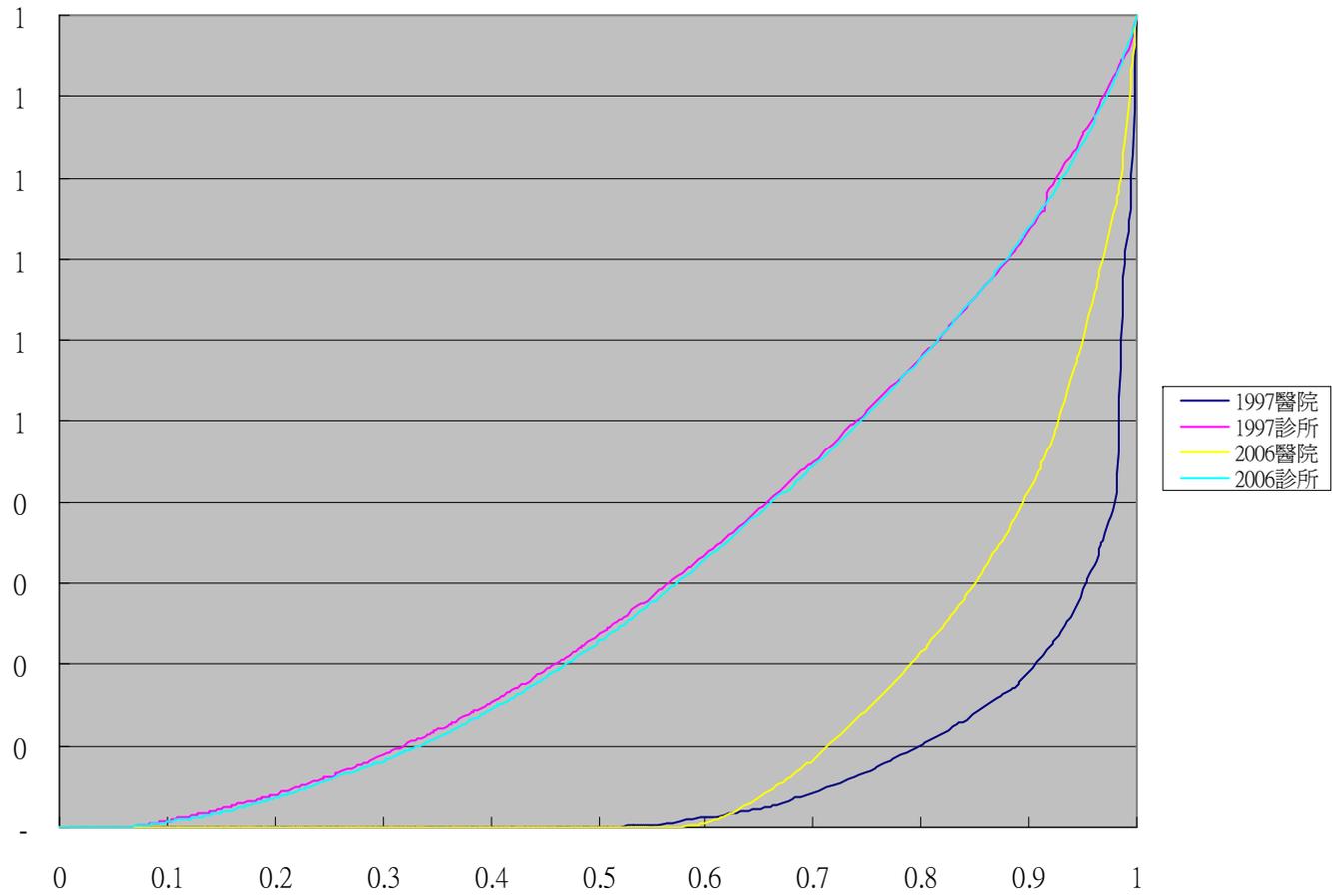


圖 4.32 全台中醫師人力 Lorenz 曲線圖

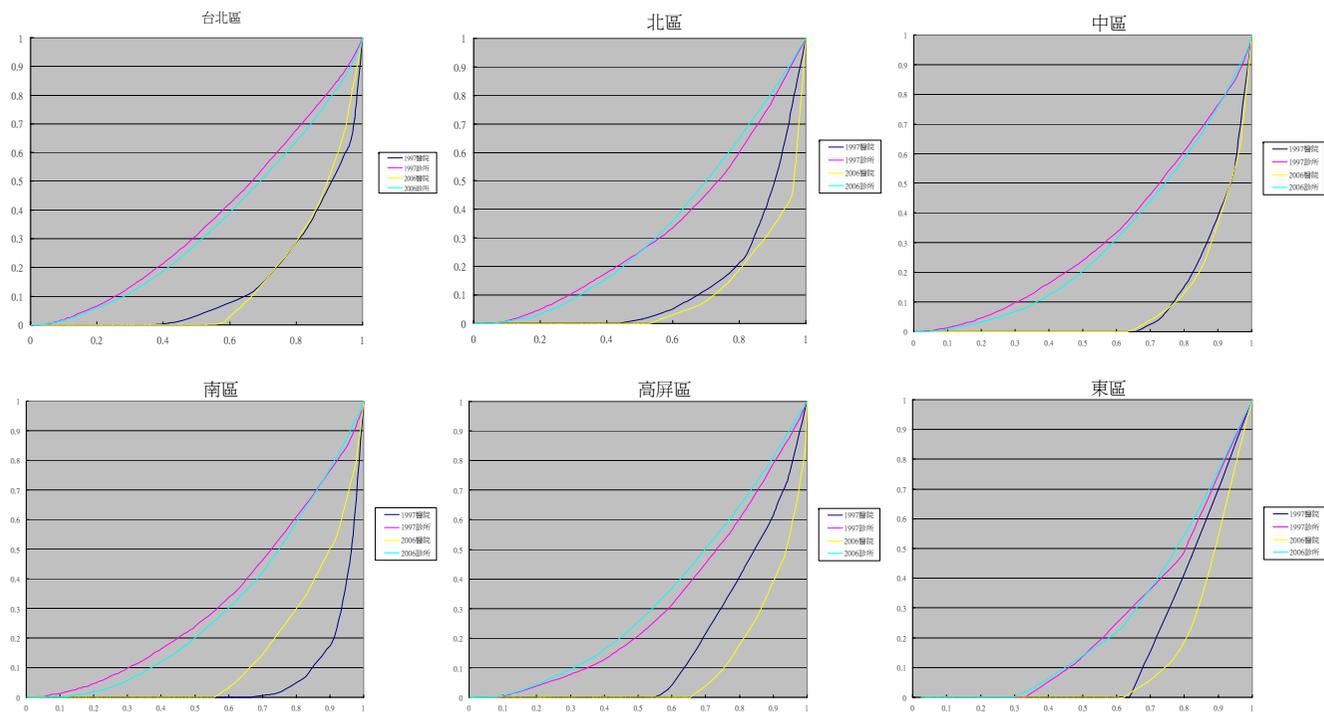


圖 4.33 各分區中醫師人力 Lorenz 曲線圖

第五章 討論

第一節 綜合討論

於本研究中比較各國總額之經驗，其中以加拿大因為成功控制醫療費用，而成為各國在健保制度改革過程中取經的對象。而醫院總額預算乃根據醫院過去的資料，以三年移動平均值的趨勢，預測未來的預算總額。各省政府對醫院的總預算皆定上限，並對醫院高科技設備及病床數擴張有嚴格的管制（盧瑞芬、謝啟瑞，2000）。依據 Leonard et al（2003）的研究結果顯示，加拿大實施總額預算後，住院天數比其他未實施總額預算的國家短。蓋醫院之醫療照護及民眾之醫療利用率，應有其一致性若採三年移動平均值的趨勢，能於供應面與需求面達成平衡。

反觀國內，「人口風險因子」R 值公式，在政策上是藉由「醫療預算之分配」引導醫療機構的分布，然而實施多年從牙醫、中醫、及西醫診所，因為專斷行政處分式之思考邏輯，強制性推動「人口風險因子」R 值公式，統一框架運用於四個不同之總額，對於醫療品質破壞性的影響、及病患權益不公平及不等價的結果，欠缺考慮以致影響其成效¹。如前所述：「醫療並非僅是消費行為，其涉及人文、社會、

¹摘自衛生署 97.11.11.會議:盧瑞芬教授:「剛也有提到一點，是不是有的區點值讓他變得比較高的時候，可以提供醫療提供者一些足夠的誘因，把他移動到那裡去，我覺得點值的計算公式非常複

就醫習慣，更重要的是病患及疾病盛行率影響到醫療的需求。」。「人口風險因子」為影響「醫療預算之分配」主要因素，倘若「人口風險因子」能真實反映實際醫療的需求，達成「全民有保，就醫無礙」的目標，則將使點值接近於固定值（理想點值應介於 0.9 至 1.1 之間），惟此時不可能產生醫療機構移動之現象。倘若「人口風險因子」作為「醫療預算之分配」的基礎，而計算知結果與實際醫療的需求有很大的誤差，例如：點值一點大於 1.2 元或點值 1 點小於 0.8 元，即產生醫療預算與醫療需求失衡的現象。

政策之目的是否能合理化「點值不等價」之不公平，「點值不等價」對於病患而言，更是造成實質醫療服務品質之下降。雖然以往政策的目標是：「失衡狀況將造成醫療機構逃離點值過低之區域，而往點值高之區域移動。」事實上低點值的區域是就醫需求多而醫療預算不足的區域，而高點值的區域是預算多而醫療需求不多的區域。而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「人口風險因子」之 R 值公式，著重於「醫療預算之分配」實際上並沒有明顯促使醫療機構移動及重新分佈

雜，尤其牽涉到醫療提供者對點值的反應，會有兩個反應，一個是繼續評量，另一個是騰錄，所以我覺得點值的反應沒有那麼明確，所以如果希望醫療提供者能夠移動到偏遠地區的話，我個人覺得最直接的方法就是在 schedule 上加成，不可能靠點值，因為點值公式牽扯太多，所以不要對點值寄予厚望，因為我們過去分析資料，發現醫療提供者對點值的反應沒那麼多。」

的效果，惟醫療機構的設置或移動主要因素是醫療需求，而非醫療預算的分配²。令人擔憂的是藉著「醫療預算之分配」的迷思而調整造成各區點值的差異，所造成「點值不等價」可能傷害到病患就醫的權益，倘若「醫療預算與醫療需求失衡」過大，不但使醫療品質下降、甚至破壞醫療體系及其發展；然而其揭示的主要目標：藉由「醫療預算之分配」引導醫療機構的分佈不但難以達成，對於提升醫療品質達成全民健保乃基於憲政委託亦沒有幫助。如前所述，健保醫療照護旨在保障社會救助、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³。惟，計畫期中報告審查意見以「修正現行醫療體系」為目標，而非提升醫療品質為職志，非但無法律授權且與現行法律規範有別。本文以為，行政機關執行重大國家給付行政任務，更應遵守依法行政及法律保留原則，不可不慎。

² 「全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究」計畫期中報告審查意見第三點：總額支付制度如欲充分反映地區現實就醫需求，則大失其實施真義，因將無法或更難以修正現行醫療體系。本文以為：關於此建議，殊難想像與理解，蓋全民健保主要目的正是滿足民眾現實就醫需求，請參註關於健保憲政委託。

³ 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。惟，計畫期中報告審查意見以「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。

令人稍感欣慰的是，費協會通過「97年度西醫基層總額預算分配方案」試辦一年之計畫，自97年第一季以來，已經實施到97年第三季。其基本之預算分配之方法分為兩階段，簡稱為「醫療預算雙階理論」。第一階段為醫療預算估計階段，採「量出為入」的原則規劃，本計畫中各區依94~96年三年平均總額預算費用佔率，做為第一階段為醫療預算估計階段總額分配基礎。而94年、95年、96年總額預算費用佔率其分區總額預算，是依據費協會之「人口風險因子及轉診型態」加以計算，惟其所佔的比值並非是百分之百，而依年度別是分別是40%、60%、及65%。「97年度西醫基層總額預算分配方案」，最大的假設在於「任何公式均有其侷限性，是否『人口風險因子及轉診型態』，反映人口因素應當加以調整其原始之概念是值得肯定，惟人口風險因子的增加未必100%反映到醫療需求的增加，本計畫中50%到60%之『人口風險因子及轉診型態』佔率可能是最佳反映真實世界之醫療需求之修正方案。」

此外考量到公式無法測自然災難，本計畫撥補1.5億予中區彌補因為基期年發生921地震之損失，另為平衡各區之差異，避免公式校正產生醫療預算巨幅之波動，彌補公式所不足之處，本計畫故限定各區成長率均不得低於2.5%。其預算分配之方式，實乃改良自加拿大

之「三年移動平均值」，又參酌實際需要加以微調，以避免公式及天然災難之影響。

由 97 年開始，西醫基層以此方式作為試辦計畫修正六分區總額分配方式，以 97 年第 1 季點值可見，身處 921 天災嚴重的中區，其點值由原先六分區的最後一位，提升至倒數第二，醫療偏遠地區的東區，亦能獲得最高的點值，且其餘四分區點值均接近 0.9，讓各區均能有效保障醫療品質，顯示此試辦計畫確有達到平衡資源的成效。衡諸全球，以加拿大總額預算乃採過去 3 年之移動平均線作為分配基準，事實上與 97 年度費協會「西醫基層總額預算分配方案」：採 94 年至 96 年預算平均值，做為各區總額分配之基準，本質上是一致的，而其成效亦令人期待。

表 5.1 97 年第一季西醫基層結算點值

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動點值	0.886288570	0.91641316	0.89980138	0.97212396	0.90282934	1.02691621	0.91669024
平均點值	0.92833929	0.94574778	0.93201741	0.97844874	0.93504100	1.00966936	0.94220777

「97 年度西醫基層總額預算分配之計畫」，自 97 年第一季以來，已經實施到 97 年第三季。依健保局結算結果顯示實施後 97 年第一季各區的醫療利用率與點值分布逐漸改善。然而任何研究計畫至少需要 3 年以上的觀察與實施後與方能比較其優缺點，並提出正確之評核報告，以做為國家未來醫療政策之參考。

「97 年度西醫基層總額預算分配之計畫」建議日後微調方向有兩方面，首先 98 年度應當加入各區人口自然成長之因素。其次，「轉診型態」應該採固定制。蓋「轉診型態」偏向以申報量做為計算基礎，在理論基礎上，總額執行之第二階段宜採「量入為出」之觀念。所謂「醫療預算雙階理論」第二階段為醫療預算執行階段採「量入為出」將總額做最有效的利用，而非大量的使用。89 年度總額實施時，「轉診型態」是固定值，92 年建議改成浮動，93 至 97 年改採浮動之「轉診型態」，各區之間預算之控管容易產生爆量的情形。故 98 年度以後「轉診型態」應該採固定制，為減少變動宜採過去 3 年移動平均線作為固定之轉診型態⁴。

另於多次專家會議學者專家建議：在任何文獻及國家都看不出以 SMR 值作為點值校正。不如化繁為簡，以人口百分比及性別百分比來校正。六個健保分區並不足以反映及代表醫療資源的豐富或貧乏，例如台北的烏來山區及大安區的差別。

此外，舉世採取總額制度的國家無不採家庭醫師制度，亦是鼓勵社區醫療以預防醫學的方式，對民眾做疾病初期之預防，惟目前轉診

⁴ 摘自衛生署 97.11.11.會議，江宏哲教授：「所謂轉診型態是在校正區域裏面，醫院與基層錢的流動問題。可是，需要嗎？整個總額制度設計時，一開始即將其分為四塊，所以一開始就已切開，所以如果還要談部門間的錢流，應該是在談四個部門總額時才談，而不是現在。現在在各個地區裡，如果有錢流的問題，應該是地區分局跟地區分局之間的看病，例如我的家保在高雄，可是我的爸爸媽媽在台南、嘉義看病，高雄的錢該分回去，這個有沒有在做？有啊？各個分局每一季再算他們的錢時，就有再算了，所以還需要 R 值來困擾嗎？」

型態校正比，採取西醫基層門診與醫院門診申報總量做為比值，其理論基礎亦與世界之潮流有間。惟轉診型態校正比不宜採浮動制，浮動制變相鼓勵提高診所門診申報量、及醫院門診申報量，不利家庭醫學制之預防醫學發展。雖然健保法採分級醫療提高醫院門診之部分負擔、鼓勵基層與醫院雙向轉診，以及鼓勵民眾建立家庭醫師制度及基層醫療為第一線醫療等措施，然其成效亦不彰。

第二節 研究限制

一、 健保局常規性之資料處理程序之限制

研究原本欲針對希望取得性別、年齡別、疾病別、縣市鄉鎮別、不同總額部門別等因素，嘗試以多角度、多層次面向思考，但受限於健保局平日常規性之資料處理程序，無法給與預期的資料，如疾病別 ICD-9 碼變項及承保資料檔等情形，故成為本研究之限制。

二、 醫院資訊及醫院分別隸屬三個層級差異限制

「全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究」計期中報告審查意見，建議後續研究應加強部分內容偏重於西醫基層方面的陳述，期末報告應予改進。惟目前醫院由醫學中心、區域醫院、與地區醫院組成，難以形成具體共識與建議。另在資料取得方面，仍需健

保局提供協助與幫忙，以利研究的進行。

三、 醫療費用預測模型建構限制之原因及替代公式

醫療費用預測模型建構之經濟計量模型，其本質上須大量之統計數據集資訊，現有健保局常規性之資料處理程序有其侷限性⁵。其次，建構醫療費用預測模型亦需龐大研究經費，此乃現階段關於此項目上統計及經費之限制。

本研究的模式，改採目前「人口風險因子」公式分析及簡化作為醫療費用預測模型之替代方案，蓋「人口風險因子」公式為現階段醫療預算分配之依據，也就是人口數目、年齡、性別、人口健康度做了校正後，作為醫療預算公式計算的基礎。

⁵ 健保局有其法規保密限制，以致常規性之資料缺乏疾病別、縣市鄉鎮別之資訊上之限制。

第六章 結論與建議

國內現況是中醫與牙醫已朝向不同的方向進行，而西醫基層與醫院亦面臨困境。回顧過去多年之經驗，對照現今遭遇之困境，對於未來展望政策的執行與公式修正的改革之建議。本文以為，牙醫是唯一將「人口風險因子」為單一變數之 R 值進行到百分之百(100%)總額部門，牙醫目前已經完全取消「民眾醫療需求」所反映出之 demand 經驗值，即「開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配」S 值佔 0%。

惟「人口風險因子」是否真正反映「錢隨人走」？如前文所述，事實上仍有很大的爭議，例如台北分局人口逐年成長，預算卻逐年降低，牙醫總額部門不得不提出很多計畫、補助等措施，可為明證。衛生署在牙醫總額部門，雖然強行將「預算分配公式」走到 100%，然而對於「預算分配公式」之政策所造成的不公平缺乏合理之基礎，故此政策之合理正當性仍存疑，尤其政策目標是否達成更是無法明證⁶。因此「預算分配公式」是否適法及具有法律正當性，將來勢必經過違憲審查，詳細加以檢驗，現階段恣意強推恐將有違憲之虞⁷。

⁶ 請參本文第四章第一節第二項，牙醫專家之見解：『在牙科總額「錢隨人走」仍有努力空間，對於「縮減城鄉差距」則因缺乏數據無法證明』

⁷ 違憲審查程序關於憲法第十五條之生存權、工作權，及財產權，憲法第七條之平等權。其中平等權之審查基礎，第一階段為「恣意禁止」對於「預算分配公式」所造成之差別待遇，其是否合理？其正當性？是否合憲，必須經過「比例原則」嚴格審查，恣意強推恐將有違憲之虞。

一、解決城鄉差距及建構「區域醫療網」

在政策運作方面，健保現況應採行「政策國家化，執行在地化」的目標，利用行政分區的方法進行分配是個很好的方式，但在實際運作上有其不便之處，現行六分區的分配方式數年下來，依舊無法解決城鄉差距，基層與醫院的運作模式反而受到限制⁸。衛生署舉辦多次學者專家之建言，解決城鄉差距必須考量到的現況，首先目前全國六分區實乃歷史之偶然，而非解決醫療不足區域所為之行政劃分，例如宜蘭、金門、與台北市歸屬於同一區，而同一分區採同一點值，根本無法藉由預算分配產生點值差異，誘導醫療資源進入醫療偏遠之區域。惟有賦予個分區行政管理權責，始能因地制宜解決此一困境。

根據研究指出，他國利用總額的方式多半使用在醫院、醫師費用上（德國、英國、荷蘭等），且各地區依統一公式方式進行分配，於

⁸摘自衛生署 97.11.11.會議記錄，牙醫專家不同意見書：「六分區的架構到底是不是真的符合錢跟著人走、醫療資源再跟著錢走，然後去做平均分配。在我們 86 年做總額預算之前的想像是說，如果真的錢跟著人走來做醫療平均分配，應該是台北市、台中市、新竹市、台南市及高雄市等都會區是一個等級，週邊的鄉鎮是另外一個等級，旁邊醫療不足區才是最後一個等級，在這樣子的區分下，醫療資源很快就從都會到鄉村，鄉村再到邊疆。可是後來我們看到的六分區卻是把台灣地圖畫了六條線就這樣切了，結果呢，我們宜蘭縣是和台北市同一級，那難道是要我們宜蘭縣的醫師到高雄去執業嗎？我們發現醫療資源十年下來並沒有真正做這樣的分配，比如說我們台北縣在 97 年第 1 季的醫師人數成長、牙醫師人數的成長就只有 100 人，那我們一年畢業 500 人，就有五分之一的人跑來台北縣了，台北縣已經是醫療資源爆炸區了，可是這個現象一直存在，所以我們覺得說，要做錢跟著人走，那在六分區的架構是不是應該有另外一個層級？另外一個檢討？假設我們讓真正的邊疆地區拿點值 1.5 到 2 的話，那都會地區也頂多降到 0.9 而已，可是卻可以讓我們醫師有很大的誘因，從 0.9 跑到 1.5 甚至是 2 的地區去，他不用跑太遠，只要早上從台北市開車到宜蘭，他就可以做這樣子的醫療提供了，高雄市的人可以用一個早上就到山地鄉去了。

國外少見，現行國內利用的健保總額策略屬世界首例。另參考加拿大為例，醫療保險體制以省為單位，國家制定分配標準，預算各省自行分配利用，故亦建議預算國家統一規劃的部分停留在預算分配階段，但預算執行階段，可由各分局自行運作調控⁹。

全民健康保險目前以「四個健保總額、六個行政劃分」的方式進行，政策目標希望「錢跟著人走」，以人口風險因子做為預算分配之架構實行多年以來，然其成效不彰¹⁰。本研究舉行收集各部門、各層級建議及數次專家會議的結論。再者，歸納各國（瑞典、德國、荷蘭及英國等）資源分配相關因素發現最常見因子有人口、年齡、性別等因素，其他因子如社經地位、種族等皆少見，也不適用，於現行國內分配公式中亦未曾納入，故亦建議可將分配公式化繁為簡，減少爭議¹¹。

目前「健保六個行政劃分」並未依照功能性、政策性的需求。建議於各分區內再各依醫療資源之需求，重新劃分「區域醫療網」並配

⁹摘自衛生署 97.11.11.會議，江宏哲教授：「錢應如何分給各部門，就不該是錢跟著人走。錢分到各分區，可以錢跟著人走，因為這個分區有多少人需要照顧，就分配多少資源，這是合理的。可是再下來要分什麼支付項目、或者是什麼樣的部門別時，就不應該錢跟著人走。」

¹⁰摘自衛生署 97.11.11.會議記錄：「如果要錢跟著人走，那應該以病人為中心，這是過去幾次有提到的，以病人為中心的話，我們在做部門成長的時候，有考慮到病人的性別、年齡各種風險因子調控，可是到各分區去做分配的時候，例如在西醫部門有一些 R 值做調控，可是在牙醫是牙醫是百分之百的，我們在分區預算分配的時候就沒有考慮到這些因子了，那我們在會議中也有提到，性別、年齡在各分區是有差異的，如果還是要以這六分區來分配的話，那也應該要以病人為中心。」

¹¹摘自衛生署 97.11.11.會議，郭乃文教授：「在任何文獻及國家都看不出以 SMR 值作為點值校正。不如化繁為簡，以人口百分比及性別百分比來校正。」

合政策性的鼓勵，以縮小城鄉差距。推動家庭醫師制度，亦是鼓勵社區醫療以預防醫學的方式，對民眾做疾病初期之預防，以提升區域醫療網之功能。

二、公式化繁為簡具體建議

本研究中比較本國地區預算分配的基礎，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」¹²計算方法在 94 年後，並未歸戶到健保局投保單位，而是僅依內政部之人口死亡戶籍作為計算基礎，在計算的基礎實有錯誤，另於中醫、牙醫總額預算分配公式均無「標準死亡比 SMR」。援此，本文建議比照中醫、牙醫之「人口風險因子」，也就是人口數目、年齡、性別、人口健康度做為校正基礎即可，而將具有爭議性之「標準死亡比 SMR」刪除¹³。

此外，「轉診型態」校正比例應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¹⁴。原先「轉

¹²摘自衛生署 97.11.11.會議，江宏哲教授：「當時為什麼會用 SMR？一方面我們想不到其他東西，所以最後用 SMR。用 SMR 會造成很多不公平沒錯，我記得當年六個分局經理坐在一起的時候，第一個跳出來的是北區分局的戴桂英，為什麼這個地區的人比較容易死亡，我就要放比較多的錢？其實是因為當時我們沒有一個很好的指標，很可惜的是，做了這麼多年，這個指標大家並沒有好好的去考慮說 SMR 是否合適？我們一直沿用，沿用下來就沿用下來，我們姑且承認它，未來要怎麼改再來改。」

¹³摘自台灣大學公共衛生學院 98.1.6.1 期末審查會議，吳凱勳教授：「錯誤的 SMR 值計算方式，僅憑這點就應刪除。」

¹⁴請參本文前揭註 3 及本文摘要：『要涉及醫療機構的分布，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。』

診型態」為總額開辦時之固定數值，主要避免政策性影響及投機性之申報衡量之行為。惟 93 年之後，「轉診型態」被修改為依申報量計算之浮動值，間接產生投機申報衡量之行為。為杜絕此一弊端，本文建議回歸公式原本設計原則將「轉診型態」固定，改採 94 年至 96 年三年平均之「轉診型態」做為固定值。而在轉診型態計算之部分，應改此以「人次」為計算公式，確實比現行之「總點數」計算要能避免衡量之弊端，因為人次反映的是就診 (visit) 的次數，而不是錢的量 (amount)。

三、有關四大總額地區預算分配方式之改善策略建議

有關四大總額地區預算分配方式改善策略建議如下：

(一) 牙醫部門

牙醫之「人口風險因子」相對單純，無「SMR」標準死亡比，亦無「TRANS」值，而僅就是人口數目、年齡、性別，所計算 R 值做為預算分配計算基礎。目前雖走向 100%，但是對預算低估之台北區及台中區另行編列預算貼補，間接反映「人口風險因子」公式所建立之費用預測模型模型，估計之誤差。

對於縮小城鄉差距，本文建議在「區域醫療網」重新規劃，以政策之鼓勵直接補助醫療偏遠地區，而非僅依靠目前之預算分配公式。另值得注意之點，因為，全民健康保險法第三十九條明定：非外傷治

療性齒列矯正及義齒不在本保險給付範圍，故牙醫之醫療利用情形，其供給面或需求面均異於其他就醫科別，爰此，牙醫經驗不一定適用於其他總額。

（二）中醫部門

目前雖仍有六區之編制，在實質上為新式東西二區制，目前採行指標加強管理的預算分配方式，取代舊制「人口風險因子」公式 R 值公式。

本文建議，提升中醫利用率偏低之區域，如何使中醫醫療資源平均化的努力。

（三）醫院部門

1. 「簡化公式」，且公式占率不應繼續上升：人口風險因子，於西醫部門，不論是基層總額或是醫院門診總額、住院總額，均有「SMR」標準化死亡比，分別占有 10%、20%、50%，該項因子的校正存在有許多爭議，應該重新考量；另外，「TRANS」轉診型態校正比例，涉及醫療資源的分布，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，恐會導致醫療資源更為嚴重的扭曲。

2. 回復固定之「門住診比率」，原 93 年所提醫院部門總額預算門住診比率要 45% 比 55% 分別獨立預算與結算，在 94 年費協會做出門住診預算合併、一起結算的決議後，至今門住診比率已成為 53% 比

47%，造成醫院總額預算之扭曲。

3.跨區就診改採「全國平均點值結算」方乃符合基本會計公平原則。

(四) 基層部門

1. 「簡化公式」，且公式占率不應繼續上升。針對西醫基層，「人口風險因子與轉診型態」，應調降或維持 65%不適宜堅持朝 100%校正，以免矯枉過正影響民眾之就醫。

2.於各區預算分配方式，則參照各區「投保人口數」校正後，依行政程序訂定的成長率，每區均等比例成長，點值結算公式依舊維持有跨區校正原則，如此，既可兼顧錢跟著人走，有利於各區發展醫療專業管理特點，改善區內的問題，而達到全面提升醫療品質。

四、簡化人口風險因子模型

目前「人口風險因子」作為醫療費用預測模型及醫療預算分配之依據，也就是人口數目、年齡、性別、人口健康度做了校正後，作為醫療預算公式計算的基礎。本研究「簡化公式」為改良現在醫療費用預測模型最佳之方式。首先應從「SMR」標準化死亡比刪除，及以三年平均值作為固定之「TRANS」轉診型態校正比例，作為新公式之基礎。

(一) 修正前之公式

1、R 值(ADJocc)=人口風險因素校正比率(DEOMocc)× 轉診型態校正比例(TRANS)

2、人口風險因素校正比率(DEOMocc)=(90%× 人口結構校正比率)+(10%標準死亡比校正比率)

3、轉診型態校正比率=(分區基層西醫門診費用/分區西醫門診費用)/(西醫基層門診費用/西醫門診費用)

(二) 修正後之公式:

1、取消 SMR 值¹⁵

A.分局標準化死亡比 (SMR) =某分局實際死亡人數_{96年}/校正年齡性別之死亡人數

B.校正年齡性別之死亡人數=【 Σ (全國各年齡性別層死亡率_{96年}× b 分局各年齡性別投保人數_{98年})】

C.標準化死亡比 (SMR) 校正比例 = (b 分局 SMR 指數_{96年} × b 分局投保人數佔率_{98年各季}) / 【 Σ (各分局 SMR 指數_{96年} × 各分局投保人數佔率_{98年各季})】

2、回歸公式原本設計原則「轉診型態」固定，改採 93 年至 95 年三年平均值之「轉診型態」之固定值

3、簡化轉診型態為，以案件數為計算基礎。

¹⁵附註:1. 死亡資料以戶籍地及死亡地之縣市別歸屬投保分局, 2. 為避免加總後預算之誤差, 東區分局之數值採以「1-前五分區之佔率」

A.R 值(ADJocc)=人口風險因素校正比率(DEOMocc)×轉診
型態校正比例(TRANS)

B.人口風險因素校正比率(DEOMocc)=(100%×人口結構校
正比率)

人口結構校正比例=人口佔率×人口指數

b 分局人口佔率=b 分局投保人口數_{98 年各季}/全局投保人口
數_{98 年各季}

各區人口指數=【 Σ (全國各年齡性別平均每人西醫基層
門診醫療點數_{95 年各季}×b 分局各年齡性別投保人數_{98 年各季})
/b 分局總投保人數_{98 年各季}】/全國平均每人西醫基層門診
醫療點數_{95 年各季}

C.轉診型態校正比例=(分區基層西醫門診案件數/分區西醫門
診案件數)/(西醫基層門診案件數/西醫門診案件數)

西醫基層門診市場佔有率=(b 分局西醫基層總額內門診
案件數_{93~95 年各季平均值}÷b 分局西醫基層與醫院總額內門診案
件數合計_{93~95 年各季平均值})/(全國西醫基層總額內門診案件
數_{93~95 年各季平均值}÷全國西醫基層與醫院總額內門診案件數合
計_{93~95 年各季平均值})

附錄一、期中報告審查意見與回應暨期末會議之專家意見

「全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究」

計畫期中報告審查意見與回應

一、研究內容部分：

(一) 研究架構及報告內容尚稱平實。

(二) 用詞及其意涵未契合，應請改善，例如，

1. 「人口風險因子」不等於「醫療預算分配」。
2. 「全民有保，就醫無礙」不完全代表「醫療病患需求」¹⁶。
3. 「實際醫療需求」究指 Need 或 Demand，應釐清¹⁷。

(三) 總額支付制度如欲充分反映地區現實就醫需求，則大失其實

¹⁶「全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究」計畫期中報告審查意見:關於用詞及其意涵解析如下「人口風險因子」不等於「醫療預算分配」，「全民有保，就醫無礙」不完全代表「醫療病患需求」。本文以為「人口風險因子」為「醫療預算分配」之主要因素。另參衛生署 97.11.11.會議，江宏哲教授:「公式單把『人口風險因子』，也就是人口數目、年齡、性別、人口健康度做了校正後。」作為醫療預算公式計算的基礎。至於「全民有保，就醫無礙」是獲得醫療照護無障礙，此為滿足「醫療病患需求」之前提。

¹⁷本文說明如下:請參 Needs assessment, Department of Public Health, Lewisham and North Southwark Authority, London. Health Trends. 1991;23(1):20-3. Needs assessment is now a high priority, but it is conceptually muddled and technically difficult. In the past a variety of academic disciplines addressing different aspects of health care have produced a range of definitions on 'need' applicable to their own setting. In the context of the 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. An analysis of its relationship with 'demand', which is the health care that people ask for, and 'supply', which is provided, exposes the limitations of current information sources, and confirms that the formal assessment of needs will inevitably be a lengthy task. Despite these difficulties there is much that can and should be done incrementally to influence contracts between providers and purchasers towards meeting health care needs.

施真義，因將無法或更難以修正現行醫療體系¹⁸。

(四) 本報告多次提及總額支付制度的實施，乃因健保財務連年虧損，瀕臨危機所致。此係不明實際事理的一般見解，實不宜出現文章之中，有待匡正。其理由如下：

1. 總額支付制度與財務責任制度，為保障全民健保永續經營的兩大法寶，缺一不可；而今日健保只有總額支付制度，始陷入財務困境。
2. 前開二項制度早在規劃之初，即列為實施健保之前提要件。
3. 倘今日健保無總額支付制度，其虧損額度將不堪設想。

(五) 文章引用國外醫院實施個別總額，質疑台灣為何不學習而行？倘台灣的醫院經營服務與體系功能達到國外同一境況，則台灣理當要實施醫院個別總額，否則總額支付制度必然自廢武功。

(六) 對過去台灣實行的總額歷史有詳細交代，但對國外制度的描述，過於簡略，且未提出台灣可借鏡與不可行的建議¹⁹。

(七) 期中報告第 31 至 34 頁彙整西醫基層部門之意見，是否合理

¹⁸「全民健保總額現行地區預算分配方式之改善策略研究」計畫期中報告審查意見：「實際醫療需求」究指 Need 或 Demand，應釐清。本文說明如下：在實務上醫療機構的設置，是依據 Demand，爰 Need 無法行成醫療行為上之 demand，醫療機構的經營將產生營運的風險。

¹⁹請參本文第五章第一節綜合討論。

或可行，未見客觀分析²⁰。

二、體制格式部分：

- (一)「中文摘要」中，「中文」二字可刪。
- (二)通篇文章「之」與「的」混用，為求文體一致，請一律改用「的」。
- (三)章節下的段落編碼，宜以下列方式使用：

一、.....

(一).....

1、.....

(1).....

- (四)文章之圖表，請均加上表題，且表題宜置中。
- (五)第15頁表二，左右二階段之費用成長率計算基礎不一致，為求公允，請加以補充修正。
- (六)第16頁表三，台灣有7個年度成長率不詳，請補充。

三、後續研究應加強部分：

- (一)欲滿足民眾「醫療需求」，除醫療供需平衡條件外，尚須強調「區域醫療網」的建構及「社區醫療保健」的推動。此概念未見於通篇報告²¹。

²⁰請參本文第六章結論與建議第三點，第四點，及第五章第一節綜合討論。

²¹請參本文第六章結論與建議第一點

- (二) 內容偏重於西醫基層方面的陳述，期末報告應予改進²²。
- (三) 整體醫療利用為 consumer 及 provider 互動之結果，若僅著重在 demand side factors, 會有不足之處；至於欲將 supply side factor 納入，需預防將供需雙方高度相關之因素均納入，否則很容易形成 double-counting 或加重權重之困境。此議題宜多邀相關專家予以討論產生階段性處理之共識²³。
- (四) 對原計畫書第 1 頁「比較採地區預算方式分配資源之前與之後，各部門、各地區（依縣市別）醫療利用及醫療供給情形。」乙項工作項目，應有細部分析，以便能由實證產生決策。
- (五) 原計畫書第 3 頁各國資源分配採用之變項，在期中報告未見再深入探討，反而全被刪去，將無法進行醫療費用預測模型之建立²⁴。
- (六) 除探討現存問題外，更要提出改善意見²⁵。
- (七) 宜儘快進行周延之資料分析，以利掌握研究期程。
- (八) 目前總額分配難以發揮校正區域醫療資源不均現象的功能，除

²² 請參本文第五章討論第二節研究限制

²³ 請參本文第四章第一節各部門總額執行情況，其彙整歷年衛生署會議之摘要，及本年度衛生署 97.11.11. 會議資料。

²⁴ 請參本文第五章第二節研究限制。醫療費用預測模型建構限制之原因及替代公式。醫療費用預測模型建構之經濟計量模型，其本質上須大量之統計數據集資訊，現有健保局常規性之資料處理程序有其侷限性。其次建構醫療費用預測模型亦需龐大研究經費，此乃現階段關於此項目上統計及經費之限制。

²⁵ 請參本文第六章結論與建議第一點至第四點。

公式有待配合修正外，其實最主要的乃是缺乏必備的配套措施。此處所謂的配套措施，有待本研究能加以研議，並提供可行意見²⁶。

(九) 文獻探討的結果宜導入研究中，以利提出具體可行之改善策略

27。

²⁶ 請參本文第六章結論與建議第一點。「在政策運作方面，健保現況應採行「政策國家化，執行在地化」的目標，利用行政分區的方法進行分配是個很好的方式，但在實際運作上有其不便之處，現行六分區的分配方式數年下來，依舊無法解決城鄉差距，基層與醫院的運作模式反而受到限制。衛生署舉辦多次學者專家之建言，解決城鄉差距必須考量到的現況，首先目前全國六分區實乃歷史之偶然，而非解決醫療不足區域所為之行政劃分，例如宜蘭、金門、與台北市歸屬於同一區，而同一分區採同一點值，根本無法藉由預算分配產生點值差異，誘導醫療資源進入醫療偏遠之區域。惟有賦予個分區行政管理權責，始能因地制宜解決此一困境。

²⁷ 請參本文第六章結論與建議第一點。根據研究指出，他國利用總額的方式多半使用在醫院、醫師費用上（德國、英國、荷蘭等），且各地區依統一公式方式進行分配，於國外少見，現行國內利用的健保總額策略屬世界首例。另參加拿大為例，醫療保險體制以省為單位，國家制定分配標準，預算各省自行分配利用，故亦建議預算國家統一規劃的部分停留在預算分配階段，但預算執行階段，可由各分局自行運作調控。

附錄二、期末報告會議專家意見彙整

吳肖琪教授：

- 一、投影片內容與期末報告差異頗大。
- 二、過於強調 SMR 對於死掉的人不適用的言論有點危險。
- 三、SMR 的數值，若應用於福利制的國家，可救窮不救貧，有實質上的意義，但若有合理的理由，刪除 SMR，只留下性別、年齡指數其實也是可以的。
- 四、計畫書上提出相當多的觀點，看到了許多的參考指標建議，因此也期望期末報告中可以出現。
- 五、應有更具體的建議。
- 六、期末報告中提到健保資料遇到的困難，應加以闡述，或可列為研究限制。
- 七、換各角度想，也許是因為值沒有達到 100%，才使的錢沒有跟著人走？

吳凱勳教授：

- 一、醫療病患的需求，不如改為病患醫療的需求。
- 二、總額增加，點值也會增加，但點數增加，點值卻反而下降，因此應該去檢討點數為何影響那麼大，才能思考病人的問題或解決醫療提供者的需求問題。

三、如果鼓勵不同地區的醫師去尋求從未看過病的病人，方能將經費花在刀口上。

四、思考總額不足的區域是以經費挹注或是來年總額協商時補足，若窒礙難行，可提升至部門總額處理。

五、醫療資源的配置，單靠總額的力量難以完成，應另外尋求其他協助。

六、建議期末報告第五章的內容移到第四章，第五章分為結論及具體建議兩小節呈現。

七、醫院問題最多，但未見多加著墨，如力有未逮，應當列在研究限制當中。

八、期末報告應當突顯：

(一) 金融風暴來臨時，越能彰顯總額制度的精神與能力。

(二) 總額制度的實施，應該鼓勵自主管理，健保局應當鼓勵醫院部門承接總額事務的管理。

(三) 總額公式不應一體適用，但各部門若要修改該部門總額公式，應該符合該部門之程序正義。

(四) SMR 以戶籍人口計算，確有不公，可朝向投保人口方式修正。

(五) 醫院總額部分可分階段進行。

李丞華教授：

- 一、期末告報，可以將大家的意見放在後面當附件就好。
- 二、若後續研究，可朝向「經濟學模型」的建立或是「生物醫學模型」的建立兩個方向思考。

答詢：

蘇喜教授：

- 一、應尋找更恰當的指標。
- 二、R 值走到 100%，是否為錢跟著人走的依據，在醫院部門很顯然的就不恰當了。

楊銘欽主任委員：

因本計畫需經過驗收，必須符合規定，因此具體建議的部分建議加強。

吳凱勳教授：

- 一、屢約事項及原先計畫書上敘述的模型建立應予以交代，若無法完成，應當列入研究限制中。
- 二、主席應協調更寬裕的時間讓全聯會回應。
- 三、後續研究如何進行，可以提供建議給後續研究者參考。

參考文獻

中文部分

1. 民生報 (2006)。同意醫院未達 60% 健保個別醫院總額喊卡。
2006 年 3 月 30 日，取自網址
<http://www.udn.com/2006/3/30/NEWS/LIFE/LIF2/3237489.shtml>。
2. 全民健保費用協定委員會 (2001)。總額支付制度 Q&A。
3. 全民健保醫療費用協定委員會 (1999)。荷蘭總額預算醫療費用
協定制度研討會資料彙編。
4. 全民健康保險醫療費用協定委員會 (2008)。95~97 年度全民健
保總額協定及分配問答輯。
5. 行政院衛生署 (1997)。牙醫總額支付制度試辦計畫 (草案)。
6. 李玉春 (2000)。全民健康保險支付制度：如何兼顧品質與費用
控制。千禧年健保政策及相關醫療保健政策研討會大會手冊，
95-112。
7. 林雨靜 (2001)。全民健保支付制度的改革-總額預算。國政分析
社會(析)090-004 號。2008 年 8 月 27 日，取自網址
<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/090/SS-B-090-004.htm>。
8. 熊心如 (2005)。全民健保總額支付制度與醫病關係之影響—某
醫學中心之個案研究。(碩士論文，東海大學，2005)。

9. 蔡瓊玉 (2000)。中醫門診總額支付制度試辦，*健保通訊*，54。
10. 盧瑞芬、謝啟瑞 (2000)。醫療經濟學。台北：學富文化。
11. 醫生館 (2001)。大家看「總額預算」-Part III。2008年8月27日，取自網址 <http://www.ecaremd.com.tw/infocus1.asp?id=77>。
12. 核醫會訊 (2001)。總額支付制度 (二)。2008年8月27日，取自網址 <http://www.snm.org.tw/csnm2002/newslett/0108/8.htm>。
13. 鄭文輝 (2002)。全民健康保險財務問題探討總論，陳聽安 (編)，*我國全民健康保險財務之診斷與展望文集* (頁 11-32)。台北：國家衛生研究院出版。
14. 蔡維音 (2006)。全民健保總額支付制度之法律面檢驗。2006年8月1日健康照護之生命倫理國際研討會。

英文部分

1. Blomqvist, Å. (2001). International health care model: Sweden. In Canada, Parliament, Senate, Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology, Study on the State of the Health Care System in Canada. *The Health of Canadians: The Federal Role*, 3.
2. Delaware Healthcare Association (2001). *Glossary of health care terms*. Web site: <http://www.deha.org/Glossary/GlossaryG.htm> °
3. Leonard, K.J., Rauner, M.S., Schaffhauser-Linzatti, M.M., Yap, R. (2003). The effect of funding policy on day of week admissions and discharges in hospitals: the cases of Austria and Canada. *Health Policy*, 63(3), 239-257.
4. Schwermann, T., Greiner, W., Schulenburg, J. (2003). Using Disease Management and Market Reforms to Address the Adverse Economic Effects of Drug Budgets and Price and Reimbursement Regulations in Germany. *Value Health*, 6 (Suppl 1), S20-30.