

## ■ 98/11/13 費協會第 154 次會議

### ➤ 154 次會議(11/13)委員發言、提案、出缺席統計表：

|              | 付費者代表及<br>學者專家(9 名) |      | 醫事服務<br>提供者代表(9 名) |      | 相關主管機關<br>代表(9 名)   |      | 健保<br>小組/<br>健保局 | 合計   |
|--------------|---------------------|------|--------------------|------|---|------|------------------|------|
|              | 付費者代表               | 學者專家 | 醫師                 | 醫事人員 | 機關代表  | 主委   |                  |      |
| 提案<br>討論     |                     |      |                    |      |   |      | 2 案              | 2 案  |
| 發言           | 7 次                 | 3 次  | 23 次               |      | 2 次   | 30 次 | 3 次              | 68 次 |
| 代理           | 2 人                 |      | 1 人                |      |   |      |                  | 3 人  |
| 請假(沒<br>有代理) |                     |      |                    |      | 2 人  |      |                  | 2 人  |

醫改會製表(依據費協會網站 98/12/15 公佈之會議記錄發言摘要內容統計)

附完整發言摘要全文：[http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/第 154 次議事錄.pdf](http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/第154次議事錄.pdf)

### ➤ 費協會會議紀錄快譯通：

#### 一、確認第 153 次委員會議紀錄

1. **主委**重申：「分區」、「錢跟著人走」及「先分配預算，再進行分區管理」是總額費用分配之基本精神。所以「99 年度中醫門診總額一般服務費用分配案」，雖同意得再以試辦計畫方式續辦一年，但也相對要求應檢討分配參數。請中央健康保險局於會同中醫門診總額受託單位擬訂試辦計畫內容時，據以辦理。
2. **中醫師公會代表**：此部分中醫師公會全聯會有共識後，將於中醫總額支付委員會中，與健保局共同決定。

#### 二、討論事項第一案「99 年度西醫基層總額一般服務費用分配案」

註：名詞解釋

- (1) R 值：各地區校正風險後保險對象人數
- (2) S 值：總額開辦前一年各區醫療費用的占率
- (3) SMR：標準死亡比
- (4) Trans：西醫基層門診市場占有率。(係反映該區病人在醫院與診所的看診比例)在總額開辦前，可能某些區的醫療費用占率很高，若全部依各區校正風險後的保險對象人數分配預算，該區分配到的預算將會變的比較少，而產生一些問題，所以才會有 R 及 S 值的分配比例減少衝擊，讓醫療費用占率高的分局，慢慢趨於合理的比例，並漸漸讓 R 值變成爲主要分配參數。

### 1. 基層診所代表：

- (1) 全聯會方案乃六區醫師公會共識，非常難得，請費協會委員予以尊重。
- (2) R 值比例仍維持 65%，各地區保險對象人數及結構，以 99 年人口計算。
- (3) SMR 與 Trans，依 93~96 年度數值加權計算，其各年度之權重分別為 15%、15%、30%、40%。
- (4) 提撥 6,000 萬元作為投保人口校正之用。
- (5) 依分配公式計算後，各區預算成長率不得高（或低）於全局平均 10%。

### 2. 學者代表：

- (1) R 值比例宜往前進
- (2) SMR 及 Trans 的資料採用時點，在可取得情況下，也宜盡可能接近現在，才能真正反應人口結構的變動。
- (3) Trans 是反應病人在基層與醫院之間的流動，從資料解讀，民眾就醫院所的選擇，似乎捨基層而至醫院就醫。要如何將一般病人留在基層照顧，是基層應努力的方向，但現似乎忽略這部分所反映的現象
- (4) 先設定各區預算成長率不得高（或低）於全局平均 10%，讓各區醫師收入不要差異太大，再用事後補救機制，提撥 6,000 萬元作為投保人口結構校正之用，讓人覺得所擬方案可能隱含一些問題，故需補救。並非事後補救不好，必要時還是得做，但事前處理比事後補救好，建議宜朝事前處理著手，例如，檢討修正人口計算方式與定義。且從全聯會所提方案中無法得知 6,000 萬元如何分配，屆時恐會產生爭議。
- (5) 西醫基層的方案，希望各區預算成長率不要變動太大，對 R 值的比例往前調整又採保留態度，似傾向從醫療利用（或供給面）考量，與衛生署原訂以民眾需求面來分配預算有衝突。且從利用面考量，會發生可操作的情形，形成利用的變動，影響費用分配的變動。若朝民眾需求面考量，或許各區費用變

動的趨勢會較穩定 。

### 3. 衛生署顧問

- (1) 認同學者代表意見
- (2) 提撥 6,000 萬元平準基金，從源頭處理的確勝於事後補救，但其可視為權宜之計，正因有補救措施，才能達共識。可於明年再檢討是否合宜。

### 4. 工商協進會代表：

- (1) R 值比例究應多少才合理。原規劃 95 年達 100%，後修正為 97 年達 100%，但現今 98 年才 65%。
- (2) 應從專業基礎做分析，而非以議會政治的方式，在會議上由大家喊價來決定。

且過去既已有研究規劃，為何不沿用原規劃內容 ？

### 5. 費協會執祕：

- (1) 衛生署原規劃 R 值比例逐年調高，分 5 年（即 90 至 95 年）達成 100%，資

料係以過去尚未實施總額時的數據做基礎，但實施後，發現健保制度非常複雜，無法單用過去資料試算推估，才會做修正。

- (2) 而西醫基層診所代表於本會第 81 次委員會議 (92.10.31)，提出執行有困難，才修正為以 7 年為期，即 97 年達 100%。衛生署每年皆邀請專家學者與各總額部門，就學理與實務可行性，進行討論，得出「R 值 100% 為目標，各部門不一定最終都須達 100%，且可拉長時間，採緩進方式往前邁進，沒有硬性之時限」之結論。

#### 6. 主委：

投保單位與民眾實際就醫地點有一段落差。陳委員宗獻剛提到高屏區就醫率很高 (100.8%)，乃因有些民眾從其他區跑到高屏區就醫，這部分無詳細資料可佐證，其實有部分原因是當地有些民眾的總公司設在台北或北區，故投保單位在北部，實際工作居住地卻在高屏，於是也就在高屏區求醫。R 值要 100%，實務上恐有困難。目前的政策是，不硬性規定每個部門都達 100%，但鼓勵以其為目標，持續往前邁進。

#### 7. 基層診所代表：

- (1) 提撥 6,000 萬元並非政治妥協的產物，有其計算基礎。依據 97 年的人口占率，以 R 值裡面的校正人口因素結構計算，北區預算成長率會比較高，若依我們的方案，北區預算成長率會少 1.21% (約 9,000 多萬元)、台北少 0.49%，少的費用全跑到南部。南部人口雖沒增加那麼多，但因人口老化相較北部大，而老年人口的醫療費用是嬰兒的 2.5 倍，故最後大家願意接受提撥 6,000 萬元作為校正投保人口之用。
- (2) 投保人口是增加於台北區及北區，合理情形，這兩區所分配的錢應該會增加，但是台北區的預算占率 32.71%(93 年)下降到 32.22%(97 年)，並沒有錢跟著人走，在在顯示出公式出現問題，又加上當時設計公式沒有更好的指標指數，而使用爭議性很大的 SMR。不過，以實施多年的經驗看來，可能要改以重大傷病或急重症等項目取代會比較合理。
- (3) 醫界並無法控制 Trans 值(西醫基層門診市場占有率)，因為無法限制病人就醫的場所，亦無法限制醫院的設立，例如不可能把台北區的馬偕或新光醫院搬到東部地區，又不能限制民眾就醫地點，所以 Trans 值影響很大。此外 Trans 值應在分配醫院與西醫基層總額時就考慮，並非討論到分配地區預算時才考慮，政府應該介入，例如：大台北地區或台北市不應再設立醫學中心，中區的醫院密度也高，所以也該限定，鼓勵改至南投、東區、屏東等地設立，而不是等到總額預算分配後再各區限制。醫院的門診當然會影響到西醫基層，例如都會區民眾，只要經濟許可，若工作地點就在榮總旁邊，不會為了省一、兩百塊而到大安區的診所去看病，所以有很多因素，不是只靠一個公式就能解決。
- (4) 依據國內學者林文德教授統計，最接近 ACG 預測值的 R 值是 65%，所以 R 值占率不應再往上提升。

- (5) 若 R 值繼續提高，人口成長最多的北區會一直上升沒問題；中區人口雖持平，也會往上升；但是人口數繼續增加的台北區反而下降，是因為 Trans，所以轉診型態因子的影響很大。另外還會影響的是東區，不管每萬人口診所數、醫師數已經很勉強維持，甚至下降。如果再提高 R 值，東區醫師恐怕會往外流動。
- (6) 依過去經驗，普遍認為 SMR 有問題，其是否適合作為人口風險校正指標，本來爭議性就很大，而 Trans 值影響最大的是在都會區，尤其台北區，由於醫院過多，密度過高，無法遷移減少醫院，在此情況下，只好以 93~96 年來計算，且 97 年已無 SMR 及 Trans 值，故認為計算公式不宜加入 97 年數值，還是以 93~96 年 SMR 及 Trans 值，及 89 年 S 值，共 5 年的相關參數數值，來做預算的加權分配。

#### 8. 學者代表：

- (1) 剛才大家都舉例台北區，說台北區人口增加也很多，為何 R 值會下降？是否因為新進台北區的投保人口都是年輕、健康人口，校正人口結構後的 R 值自然下降，中南部都是老年人口，R 值自然會增加，那是很正常的狀況，表示公式不錯，有反應民眾的需要，所以就西醫基層所報告的內容，我覺得這 R 值蠻漂亮合理的
- (2) 至於 Trans 確實是醫療制度結構性的問題，例如台北區的醫學中心多，民眾可能有較高比例不在台北的診所就醫，但從供給者角度來看，若沒那麼多民眾在診所就醫，錢就不應該落在這裡 ，怎麼會為了保持一定的點值而不動公式，卻做一些限制來維持現況。以上 2 個問題是我要就教的地方，因為若以民眾及其需求來看，西醫基層所提的資料，是比較支持現在的公式，R 值應往前進才對。

#### 9. 主委：

我建議：政府對於 R 值的政策，是應該要往前進，基層診所代表剛才提到以 89 年為基礎的 S 值，已用相當多年，不過確實在人口校正部分有困難，所以建議 R/S 比值維持 65/35，但 R 值微調的部分，其校正參數所用年度資料要前進。

#### 10. 基層診所代表：

6 區共識就是如此，即使些微改變，仍會有變動，又要重新討論取得共識，這實在是頭痛的地方，所以請委員會考慮，仍維持我們的共識。

#### 11. 牙醫師公會代表：

R 值的逐步推進可以促進民眾照護的權益，所以應考慮如何修正公式的內涵，驅使公式合理化，例如加入重大傷病，或變動權值，但是仍應鼓勵逐年 2% 或 3% 地往前推動。R 的結構，會使醫療資源分配趨向合理化，各地區執委會不必負擔太多爭錢的責任，因為是為民眾就醫權益分配 。

#### 12. 主委：

對於 6 個分區的預算分配，其 R 值及 S 值占率部分，尊重西醫基層部門內部共識，還是維持 65/35；至計算 SMR、Trans 值部分，仍應以最新資料計算，例如採 95~97 年度，至於各年度之權重，委員會予尊重，但請醫師公會全聯會也能瞭解應該要往前進。

#### 13. 基層診所代表：

過去幾年協商最困難就在於大家都同意政策理想性，但是政策要有益於實務，不然，專家就變專門害人家，所以應該用數據坦白告訴大家，若以 97 年度數據做出來會造成什麼惡劣結果，好讓委員參考，如果沒有，就尊重委員會，讓數據去說話，不要再等二個禮拜。今年總額成長才 12 億元，平均每個人不到 100 塊，卻讓委員浪費很多時間在談論，這是西醫基層內部已經花了半年時間討論的共識，所以拜託，如果醫師公會全聯會提出來的數據合理的話，就予以尊重，若明

年這公式不合理，會有問題，再提出來解決 。

#### 14. 主席：

本案已討論很久，我們尊重西醫基層的共識，但也請體諒本會有責任讓各地區民眾獲得適當的醫療資源。再次重申決議：

- (1) R/S 比值維持 65/35。
- (2) SMR 及 Trans 的採用時點，宜更新，不宜一直用 93~96 年的資料。另擬提撥的 6,000 萬元，宜落實事前分配。各校正參數內涵、預算微調等細節，請健保局會同西醫基層總額受託單位議定，本會僅作原則性的決議，讓全聯會有彈性空間處理。

### 三、 討論事項第二案「99 年度醫院總額一般服務費用分配案」

#### 1. 醫學中心代表：

- (1) 以 97 年為例，門住診預算金額與收入的差距，醫院部門呈現 3 個分局為正、3 個分局為負的情形，以台北分局為例，全年預算約 970 億元，但實際獲得的費用約 930 億元，約有 40 億元流到其他分局。
- (2) R 值比例，是本案討論的重點，希望藉由我們所提供的資料，讓委員了解實施這幾年下來，所產生的問題。過去醫院協會曾行文，建請衛生署研擬較好的分配方式，衛生署亦承諾修正，但這幾年又停擺。並非醫院部門不願提出修正建議，而是我們提出的方案，被認為沒有公信力。
- (3) 醫院部門比較複雜，住院不容易產生錢跟著人走的效果。我們內部對 R 值要不要往前推進，有很大的疑慮，很擔心再往前推某些區的院所收入遠低於預算的情況將更形嚴重，長期下來，對醫院的醫療提供、醫療照護品質是否會產生影響，值得深思。

#### 2. 學者專家代表：

門診 R 值建議往前推進，住院則維持。門診雖有跨區就醫情形，但基本上各區門診就醫狀況與該區人口因素較接近，住院則與重大傷病較有關係，與人口的關

係較不密切。

### 3. 衛生署顧問：

其他的總額部門，多屬門診服務，醫院則有門診與住院服務，認同學者代表意見，住院 R 值比例可維持，或前進速度慢一點；西醫基層的 R 值已達 65%，但醫院的門診 R 值才 45%，建議門診 R 值多少往前推進一點。

### 4. 主委：

- (1) R 值往前進，對資源分配與點值，都有影響。牙醫、中醫、西醫基層三部門，因多屬門診服務，診所移動較容易，可透過分區預算各區點值差異，誘使點值較低地區的醫師往點值較高地區移動；但醫院部門須考慮，能否能隨點值高低而遷移，基本上，不太可能因為該區點值較低，就關門跑到點值較高的地區重蓋醫院。
- (2) 考量實務可行性，個人傾向 99 年度醫院總額地區預算的分配，仍維持 98 年的方式。論點看似與基層有些矛盾，但因基層診所較有機會移動，醫院則不易移動。另，還有一個理由，即 R 值的結構，須做修正。這部分，建請衛生署檢討修正。

**註：以上內文及表格內容皆整理自衛生署網站所公佈之費協會第 154 次會議議事錄。**

原始全文請見：

首頁 > 附屬機關 > 全民健康保險醫療費用協定委員會 > 委員會議紀錄 > 會議紀錄 > 第 149 次委員會議事錄~迄今 > [http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/第 154 次議事錄.pdf](http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/第154次議事錄.pdf)