

總額分配



李伯璋署長：

好，今天這個題目比較特別，因為實務上對我們來講蠻重要的，而且之前在我們的健保改革日記的1.0，還有現在3.0，我們有看到我們一些同仁寫的文章，不過我想今天林義會幫我們講得更清楚喔，那我們就熱烈掌聲歡迎我們林義，林義請。

劉林義副組長：

談總額分配，是很困難的事情。這次部長到各個分區去，也聽到各個分區對總額分配的一些想法及意見，那希望大家在討論的時候，至少都有一個共同的基礎，知道目前總額到底怎麼被分配？然後呢，也可以對每個總額在每個分區會發生哪些問題有初步認識。在同理心的基礎下，共同再來思考，到底一個所謂的公平、正義的分配，到底是應該怎麼樣分配好？這個就是我今天要報告的緣由，針對分配的過程以及產生哪些問題，及健保署這邊已經嘗試做的一些配套，來對大家做一個說明。

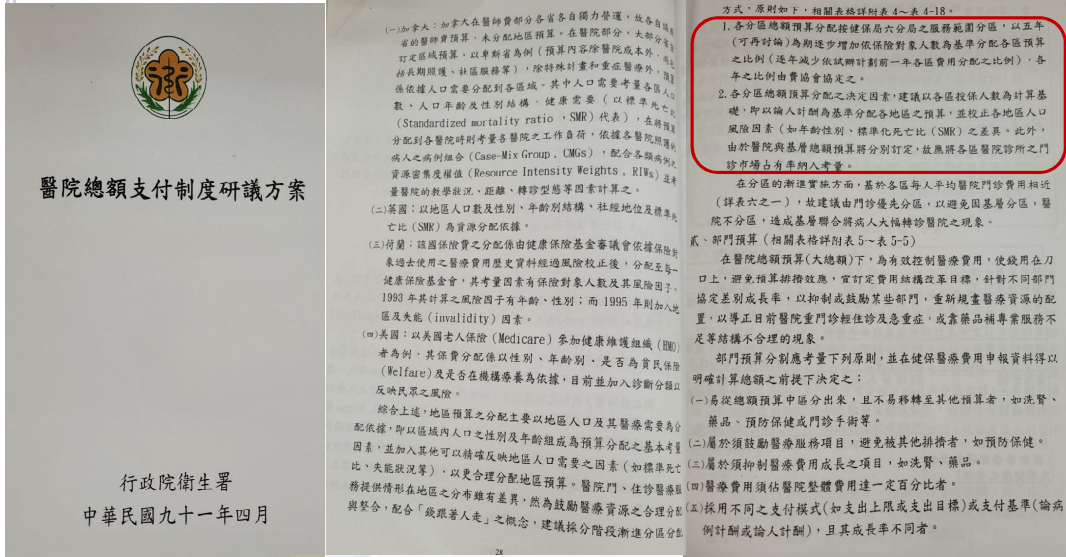
報告大綱



2

今天的報告大綱請參考

話說從頭



其實總額實施前, 主管機關已作了完整的規劃, 以醫院總額來說, 在91年要執行前, 其實都有做一個非常好的規劃, 從開始怎麼協商, 然後怎麼分配、相關參數等等都做一系列的規劃, 我們今天就來看看。針對分配的部分, 在這本醫院總額支付制度研議方案裡, 看裡面到底是怎麼樣的一個說明。

預算分配方式

地區預算的分配主要以
地區人口及其醫療需要
為分配依據。



醫院總額支付制度研議方案

行政院衛生署
中華民國九十一年四月

4

這邊的說明就是，預算的分配主要就是以地區人口的醫療需要為其分配的依據。其實分配就兩種方式，一種就是用需求面，一種就是用供給面，如果用供給面，就是醫療不動，然後人跟著醫療動，醫療在哪裡人就跑到那裡去；另外一種呢就是需求面，就是這邊講的，錢跟著人走，那裡的人多，資源就到那裡，然後錢就到那裡。最後定調了，就是用需求面來分配。因此才會講說，我們的資源就是跟著人來動，因此人多的地方分配的金額就會比較多，就是大概這樣一個概念，就是用醫療去就人，而不是人就醫療。

RS公式

以各區投保人數為基礎，論人計酬分配各地區預算，並校正各地區人口風險因素（年齡性別、標準化死亡比），並考慮各區醫院診所之門診市場占有率。

		西醫基層	醫院	
分配參數： (1)R 值（人口風險因子及轉診型態）：先校正人口風險因子，再校正門診市場占有率(Trans, 轉診型態) R = (年齡性別指數 * B% + SMR * (1-B%)) * Trans				
公 式	部門	西醫基層	醫院門診	醫院住診
	人口風險因子	某分區年齡性別指數*90%+某分區 SMR*10%	某分區年齡性別指數 *80%+某分區 SMR*20%	某分區年齡性別指數 *50%+某分區 SMR*50%
	Trans(轉診型態)	(某分區西醫基層門診核定點數/某分區西醫門診核定點數) / (全區西醫基層門診核定點數/全區西醫門診核定點數)		(某分區醫院門診核定點數/某分區西醫門診核定點數) / (全區醫院門診核定點數/全區西醫門診核定點數)
	SMR 及 Trans 權數	採 4 年（前 5 年-前 2 年）數值加權計算，各占 25%		以最近可取得完整年資料
	(2)S 值(總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用)			

那到底我們是怎麼分配的？這張簡報講的其實就是所謂的，大家一直在講的RS公式。其實R就是人數，那S就是現況。R就是每個分區的投保人數為基礎，然後去做一個校正，校正的部分不外乎就是用年齡、性別、疾病別等等來做一個校正，所以大家可以看到這個公式，首先呢，先作人口風險的校正，參數只有兩個，一個就是年齡性別指數，一個就是死亡率SMR，因為我們就是用死亡率來代表疾病的嚴重度，再根據不同的就醫層級，給予不一樣的一個權重。像在基層就醫，性別年齡指數就佔了90%，然後剩下的10%是SMR值，這個算出來就是基層的人口風險的因素，那再來醫院門診的部分呢？他SMR的權重就會提高到20%，性別年齡就下降到80%；那如果是醫院住院的部分呢？疾病嚴重度所占的比率又更高了，到達50%，那性別年齡也就是50%，這就是在不同就醫方式，人口風險校正的計算方式。

另外在門診部分，還有市場競爭力的校正，因為我們是從需求面這邊來看的，一個人選擇你要去門診的時候呢，要嘛就是到基層，要嘛就是到醫院的門診。因此，當初假設是西醫基層的門診跟醫院的門診，兩個之間是具有某種競爭性，所以我們就用Trans來校正，以基層來看，就是看該分區的基層相對於醫院門診的競爭力，到底在全國的定位如何？大於1就表示你這個分區在全區裡面基層相對於醫院的競爭力是比較強的，小於1就相反，當然醫院的部分就倒過來。最後關於取值的年度部分，像基層不要變動太大，所以它採最近4年的平均，而醫院部門，就是以最近的完整年度來計算。

RS計算結果

表1-4 109年度醫院總額門住診地區預算分配參數

項目	分配參數數值		R值校正因子(註) =((A*B*B占率)+(A*C*C占率))*D			
	R值	S值	保險對象 人數占率 (A)	人口風險因素 年齡性別 指數(B)	標準化死 亡比 (SMR)(C)	轉診型態 校正比例 (Trans)(D)
分區						
門診參數占率	51%	49%	-	80%	20%	100%
台北	0.37060	0.37549	0.36920	0.98889	0.88752	1.03330
北區	0.14763	0.12593	0.16158	0.92957	0.98049	0.96915
中區	0.17636	0.17975	0.18102	0.97878	1.01360	0.98521
南區	0.13799	0.14250	0.12871	1.07540	1.07075	0.99469
高屏	0.14334	0.15197	0.13964	1.05591	1.10756	0.95964
東區	0.02409	0.02437	0.01987	1.09119	1.30638	1.06486
住院參數占率	45%	55%	-	50%	50%	
台北	0.34716	0.34330	0.36920	0.982278	0.88752	
北區	0.15532	0.12446	0.16158	0.930138	0.98049	
中區	0.18167	0.18249	0.18102	0.981300	1.01360	
南區	0.13994	0.15325	0.12871	1.090728	1.07075	
高屏	0.15185	0.16065	0.13964	1.053733	1.10756	
東區	0.02406	0.03586	0.01987	1.102338	1.30638	

某分區門診一般服務預算= 門診一般服務預算*51%*R+ 門診一般服務預算*49%*S

註：1.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，先校正人口風險因子【年齡性別指數、SMR(標準化死亡比)】，再校正轉診型態校正比例【Trans(門診市場占有率)】。
2.各項參數均為4季均値。

這張簡報呈現一些數字。我們結算的時候其實是一季一季來結算，這邊為了方便，就用109年全年來看，當然我是把4季的值做一個簡單的平均。這一欄就是所謂的保險對象人數，大家可以看到，台北分區的人數就佔了零點36，那北區的人口數占率是零點16，各分區加起來就是百分之百。根據剛剛的解釋，因為我這邊看的是醫院的門診，年齡性別占率是80%，標準化死亡率占率是20%，也就是用這個0.98889X80%，加上0.88752X20%，這個算出來就是臺北區的人口風險因素的值，然後再去X Trans值，就是1.03330，就會得到R值是0.37060。因為這邊是用醫院來看，台北門診的醫院門診一般服務預算，就是門診一般服務預算*51%*R值+門診一般服務預算*49%*S值。

當然從這個數字，大家也可以看到一些端倪啦。第一個是到底每個分區的人數占率如何？然後第二個是他人口的年輕或老化的情形是怎麼樣？像這樣就可以看到說，中區、北區跟台北趨勢，他的年齡性別指數是小于1，表示他相對於全國來講它相對年輕，那當然倒過來講，南區高屏東區就相對比較老化。然後以疾病嚴重度來講，當然這裡是以死亡率來代表疾病嚴重度，就這個死亡率來講，台北跟北區其實相對於全國是比較輕的，中區以南相對就比較高，再就Trans值來講，台北及東區大於1，表示台北分區及東區的醫院其實是比基層強的，所以他在醫院拿走的預算就會較多，那相對的在基層那邊就會比較弱喔。當然在Trans部分，基層會說所謂基層競爭力比醫院弱，是因為醫院調整急重難等支付點數比較多的結果，因此RS公式裡的各項參數，其實都有討論的空間，我們可以看到以台北區而言，它的人數占率約0.36920，校正後的R值是0.37060，看起來差不多，但如果以北區而言，它的人數占率約0.16158，校正後的R值是0.14763，差距就較大，以上數據讓大家做一個參考。

由100%S值轉換為100%R值歷程

預算(錢)跟著人走



「R」：經校正後保險對象人數

「S」：總額開辦前一年各地區醫療費用占率

由S值轉為R值之差異

分區別	S值				109年	
	醫院門診	醫院住診	醫院45%門診+55%住診	基層	投保人口占率	投保人口成長率(相較95年)
台北	37.55%	34.33%	35.78%	32.77%	36.90%	10.60%
北區	12.59%	12.45%	12.51%	12.38%	16.20%	16.60%
中區	17.98%	18.25%	18.13%	18.99%	18.10%	4.90%
南區	14.25%	15.33%	14.84%	16.66%	12.90%	-1.90%
高屏	15.20%	16.07%	15.67%	16.70%	14.00%	-0.50%
東區	2.44%	3.59%	3.07%	2.51%	2.00%	-9.40%

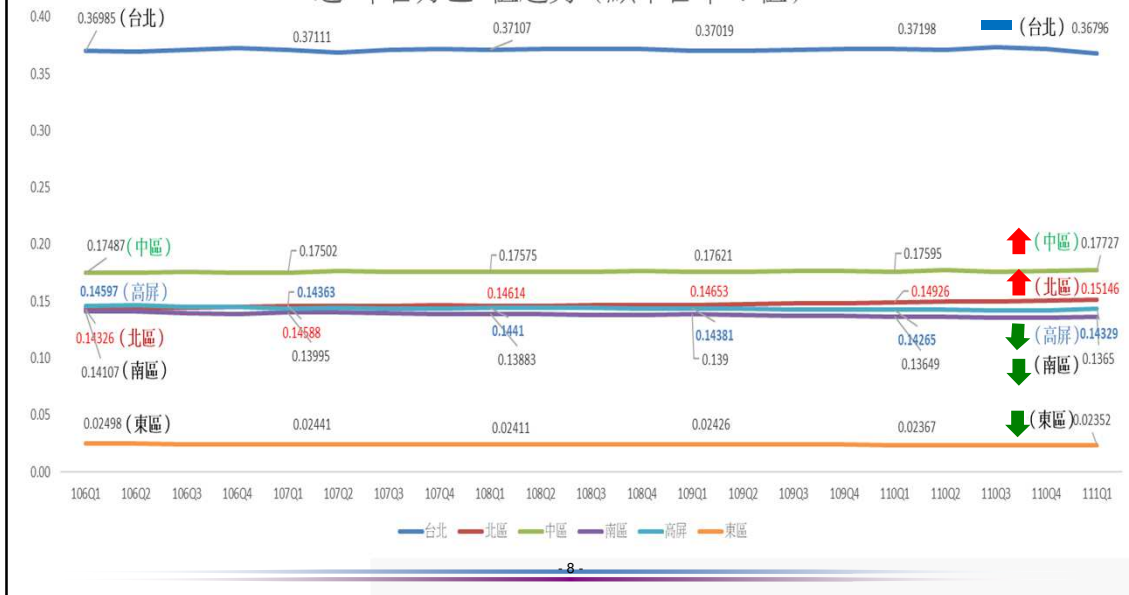
資料來源：健保會第五屆110年第7次委員會議資料

所以RS分配其實就是一個從原先百分之百以S值分配的現況，轉為100%以該分區經校正後的人口數占率來分配的一個過程，以109年為例，可以看到投保人口在各分區的占率，我們用基層來看比較簡單，基層的話，在台北呢？在原先的醫療分布狀況，台北大概占32.77%，但投保人數占率已達36.90%；以北區而言，原先醫療資源大概占12.38%，但投保人數占率已達16.20%；再看到95年到109年以來的人口成長率，北區及台北都達10%以上，北區更是達16%，所以可以看到台灣人口的一個移動情形。在台灣而言，其實人口是一直是朝北部移動，因此在作RS調整時就會相對的有些複雜度。

R值趨勢

以醫院總額為例

近5年各分區R值趨勢（顯示各年Q1值）



我們看看近5年的R值趨勢，這邊是各年的第一季，以台北來看，在106年的第一季，他的R值是0.36多，到111年第一季還是0.36多持平，不過，裡面提升的比較多者就是北區啦，從106年Q1的0.14326，一路上升到111年Q1的0.15146，然後那相對的，高屏南區東區就是下降的一個趨勢。

D 現行分配方式

由100% S值轉換為100% R值歷程

各總額部門以人口風險校正後的人口數(R值)分區權重

單位：%

牙醫 門診 (年)	10 (87.7- 88.6)	20 (88.7- 89.12)	40 (90)	50 (91)	70 (92)	70 (93)	80 (94)	100 (95年以後)			
中醫 門診 (年)	5 (89.7- 90.6)	5 (90.7- 90.12)	15 (91)	20 (92)	30 (93)	30 (94)	* (95另以 試辦計畫 分配)	8 (105)	11 (106-107)	13 (108-110) (110調整不 同參數)	14 (111)
西醫 基層 (年)	5 (90.7- 91.12)	10 (92)	25 (93)	40 (94)	60 (95)	65 (96)	試辦計畫 (97)	65 (98-104)	66 (105-107)	67 (108)	68 (109-111)
醫院 (年)	0 (91.7- 91.12)	5 (92)	10(門診) (93)	15(門診) (94)	38 (95-96)	45(門診) (97)	45(門診) (98-101)	46(門診) (102-105)	50(門診) (106-108)	51(門診) (109-111)	
			10(住診) (93)	10(住診) (94)		40(住診) (97)	40(住診) (98-103)	41(住診) (104-105)	45(住診) (106-111)		

9

R值前進有多困難？第一個我們來看的是，牙醫，其實在民國95年就已經百分之百都跟著R走了。那比較困難的可能就是中醫，中醫就是實施到一半，從95年又改成另外的一個試辦計畫來分配，那目前R值其實只有走到14%而已，那基層的部分已經走到68%。那醫院的部分呢？在門診是前進到51%，在住院的部分，其實一直維持在45%，所以可見啊。因為已經這麼多年了，R值之所以很難前進，一定有他的困難點存在。

D 現行分配方式

109年人口占率與預算占率之比較

	投保人口 占率	牙醫預 算占率	中醫預算 占率	基層預 算占率	醫院預 算占率
台北	36.90%	37.00%	29.40%	33.10%	35.70%
北區	16.20%	16.00%	12.60%	15.30%	13.80%
中區	18.10%	18.10%	25.50%	18.80%	18.00%
南區	12.90%	12.90%	14.30%	14.60%	14.50%
高屏	14.00%	14.00%	16.10%	16.00%	15.30%
東區	2.00%	2.00%	2.20%	2.10%	2.80%

這張是講投保人口占率與各總額預算在各分區的占率，供參考。

R值占率每提升1%對各分區之影響

(以111年醫院總額為例)

單位：百萬元

	門診R值			住診R值		
	51%	52%	差距	45%	46%	差距
台北	78,975	78,964	-11	98,972	98,983	11
北區	29,008	29,054	46	39,687	39,775	88
中區	37,694	37,687	-7	52,240	52,238	-2
南區	29,682	29,673	-9	42,237	42,199	-38
高屏	31,243	31,225	-18	44,942	44,917	-25
東區	5,129	5,129	0	8,764	8,730	-34

R值為什麼難以前進，讓我們來看一下R值每前進1%，對各分區預算增減的影響。

R值占率每提升1%對各分區之影響

(以111年基層及中醫總額為例)

單位：百萬元				單位：百萬元			
基層總額	門診R值			中醫總額	門診R值		
	68%	69%	差距		13%	14%	差距
台北	41,715	41,724	9	台北	8,340	8,350	10
北區	19,140	19,193	52	北區	3,568	3,581	13
中區	23,548	23,544	-4	中區	7,244	7,224	-20
南區	18,348	18,311	-37	南區	4,083	4,082	-1
高屏	20,137	20,125	-12	高屏	4,581	4,579	-2
東區	2,609	2,602	-7	東區	632	632	0

- 12 -

衍生問題

✓ 各分區醫界對RS建議

臺北：希望新藥分配公平、RS公式之參數有檢討空間，例如Trans值應該取消。

北區：希望R值繼續前進，尤其是中醫。

中區、南區：RS公式有檢討需要。

高屏：1.不贊成醫院跨區用投保分區點值
2.牙醫總額分配參數建議將戶籍人口納入考量。

東區：人數雖少，仍應保留一定醫療資源，R值不應到100%。

這是部長去六分區時，醫界所提對於RS分配方式的意見，有要求R值要盡速到100%的，有要求澈底檢討RS公式的，經過各分區的比較，大家就能理解為何會提出這樣的訴求。

D 衍生問題

一、轉換為100%R值過渡期衍生問題

- 1、預算分配與跨區就醫校正。
- 2、不適用RS分配的項目。
- 3、短期無法跟著預算移動之醫療資源，有無配套？
- 4、離島、偏鄉保留一定醫療資源。

二、RS公式有檢討空間

這是健保署為了解決R值前進所造成的問題所擬的一些配套方法，包括跨區就醫校正，新科技預算的配套及減經對於人口逐漸減少的偏鄉之措施。

問題1

跨區就醫預算調整

- ◆預算依RS分配，再校正跨區就醫（牙醫、基層、醫院）
 - ✓ 投保分區點值（牙醫、基層）
 - ✓ 全區浮動平均點值（醫院）
- ◆預算分配直接校正跨區（中醫）

西醫基層

--110年

投保業務組	就醫業務組						投保業務組 點數占率	跨區 就醫率
	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組		
台北業務組	80.2%	7.5%	4.7%	3.1%	3.9%	0.6%	33.6%	19.8%
北區業務組	10.7%	79.4%	4.6%	3.0%	1.9%	0.3%	15.0%	20.6%
中區業務組	2.7%	1.8%	91.8%	2.2%	1.3%	0.2%	18.7%	8.2%
南區業務組	3.6%	1.5%	3.4%	87.0%	4.3%	0.2%	14.5%	13.0%
高屏業務組	1.9%	1.0%	1.7%	3.9%	91.3%	0.2%	16.2%	8.7%
東區業務組	5.6%	2.9%	2.2%	2.1%	2.6%	84.6%	2.0%	15.4%
就醫業務組點數占率	30.0%	15.2%	20.3%	15.2%	17.3%	2.1%	100%	
流入比率	10.2%	21.6%	15.3%	16.9%	14.6%	16.3%		

-15-

預算依照RS分配之後，如果跨區就醫，預算還是會作校正的。只是說，校正的方法要怎麼樣的校正方法，像牙醫跟基層，他會用投保分區點值來校正，像醫院的話，他就是用全區浮動平均點值來校正。而像中醫的話，則是在預算分配時就將跨區就醫納入校正，也就是在前端就校正了。

3 問題1

跨區就醫預算調整

牙醫門診

--110年

投保業務組	就醫業務組						投保業務組 點數占率	跨區 就醫率
	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組		
台北業務組	80.2%	7.9%	4.8%	2.9%	3.8%	0.5%	38.3%	19.8%
北區業務組	12.4%	77.4%	4.9%	3.1%	1.9%	0.2%	15.7%	22.6%
中區業務組	3.3%	2.0%	91.0%	2.1%	1.4%	0.1%	18.1%	9.0%
南區業務組	4.1%	1.8%	4.4%	84.9%	4.6%	0.2%	12.4%	15.1%
高屏業務組	2.5%	1.1%	1.9%	4.2%	90.1%	0.3%	13.9%	9.9%
東區業務組	6.8%	2.5%	2.3%	1.6%	3.4%	83.5%	1.7%	16.5%
就醫業務組點數占率	34.2%	15.9%	19.9%	13.1%	15.1%	1.7%	100.0%	
流入比率	10.3%	23.8%	17.3%	19.6%	17.4%	18.2%		

中醫門診

--110年

投保業務組	就醫業務組						投保業務組 點數占率	跨區 就醫率
	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組		
台北業務組	77.2%	7.5%	6.9%	3.4%	4.3%	0.7%	33.1%	22.8%
北區業務組	12.6%	73.8%	7.6%	3.3%	2.3%	0.4%	12.5%	26.2%
中區業務組	2.1%	1.4%	93.1%	2.2%	1.1%	0.1%	23.0%	6.9%
南區業務組	2.8%	1.2%	4.8%	86.3%	4.6%	0.2%	14.0%	13.7%
高屏業務組	1.8%	0.8%	2.1%	4.3%	90.7%	0.3%	15.4%	9.3%
東區業務組	4.7%	1.6%	2.6%	1.4%	2.7%	86.9%	1.9%	13.1%
就醫業務組點數占率	28.4%	12.4%	25.7%	14.8%	16.6%	2.1%	100%	
流入比率	10.0%	25.3%	16.7%	18.3%	15.9%	18.7%		

跨區就醫預算調整

醫院門診

--110年		就醫業務組						投保業務組	跨區
投保業務組	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組	點數占率	就醫率	
台北業務組	81.5%	8.7%	4.0%	2.4%	2.8%	0.7%	37.3%	18.5%	
北區業務組	18.2%	70.6%	6.6%	2.4%	1.7%	0.5%	13.8%	29.4%	
中區業務組	3.8%	1.8%	90.5%	2.5%	1.1%	0.2%	18.3%	9.5%	
南區業務組	5.1%	1.8%	5.1%	83.6%	4.2%	0.3%	13.9%	16.4%	
高屏業務組	2.9%	1.0%	1.9%	4.9%	88.9%	0.4%	14.2%	11.1%	
東區業務組	7.3%	2.5%	2.0%	1.1%	3.0%	84.1%	2.5%	15.9%	
就醫業務組點數占率	34.9%	13.7%	20.0%	14.0%	14.7%	2.6%	100%		
流入比率	12.9%	29.3%	17.1%	17.2%	14.4%	17.7%			

醫院住診

--110年		就醫業務組						投保業務組	跨區
投保業務組	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組	點數占率	就醫率	
台北業務組	80.8%	8.6%	4.1%	2.5%	3.0%	1.1%	33.6%	19.2%	
北區業務組	18.3%	69.4%	7.5%	2.2%	1.7%	0.8%	13.7%	30.6%	
中區業務組	4.1%	1.7%	90.3%	2.3%	1.2%	0.4%	18.9%	9.7%	
南區業務組	5.3%	1.7%	5.8%	82.5%	4.3%	0.4%	14.6%	17.5%	
高屏業務組	2.8%	0.9%	1.7%	4.9%	89.2%	0.6%	16.2%	10.8%	
東區業務組	8.3%	2.8%	2.0%	1.1%	3.5%	82.2%	3.0%	17.8%	
就醫業務組點數占率	31.9%	13.2%	20.7%	14.5%	16.6%	3.2%	100%		
流入比率	14.9%	28.0%	17.4%	16.5%	13.2%	21.7%			



各分區預算對跨區就醫的調整概念

1.以某季浮動點值，由高屏區投保對象至台北區就醫為例，對台北區而言

項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
浮動點值	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794

2.以某季浮動點值，由台北區投保對象至高屏區就醫為例，對台北區而言

項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
浮動點值	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794

- 縮小點值差異-以投保分區點值校正
- 保持管控結果-以就醫分區點值校正
- 不受跨區影響-以全區浮動平均點值校正

18

那到底對跨區就醫，這個預算要怎麼樣來校正？以這個為例，你今天是在高屏投保的人，然後你跑到台北去就醫，那假如你就一個點數叫做100點，那100點到底高屏要拿多少錢給台北？假如我今天用投保分區的概念的話，那高屏是這樣切給台北市91.46元。假如今天用就醫分區概念的話，那麼高屏要切給台北的就是85.28元，所以大概就是這個概念，那當我高屏去台北就醫，那我給他91塊錢，這樣台北的點值就會上升，意思就是希望各分區之間的點值差異不要那麼大，那當然呢，用就醫分區的概念就是你要保持你自己管控的一個結果啦，因為這個是我們自己根據管控的結果，那沒有道理喔，還要再給其他分區分享喔。當然現在已經沒有這樣的想法，像醫院的部分呢，其實它就是用全國平均點值，不管是誰跨誰，大家拿到的跨區預算點值都一樣，等於是中性的。其實只要醫界有共識，其實我們都可以執行。

問題2 不適用RS分配的項目

新藥預算分配與回饋配套

總額別	年度 分區	109年	109年	110年
		RS占率	回饋占率	回饋占率
醫院 總額	臺北	35.9%	36.9%	37.7%
	北區	13.8%	12.4%	13.4%
	中區	18.0%	18.9%	19.1%
	南區	14.4%	15.3%	14.8%
	高屏	15.2%	14.2%	13.1%
	東區	2.7%	2.3%	2.0%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%
合計金額 (百萬元)		2,603.6	4,906.6	

說明：回饋占率係指當年度藥品給付協議返還金回歸總額金額(PVA/MEA)之各分區占率

問題二在講的，就是是不是有些東西，其實不適合用RS來分配？可能有些高風險，其實他用人數來分配不盡合理，那這邊提到的就是新藥預算的部分。新藥預算以109年RS分配，臺北分區大概占35.9%，可是呢？他實際上可能花得更多，因此在新藥的部分，其實我們有一個回饋機制，根據你每個分區的使用率來做一個回饋，因此他可以看到，在109年，其實用這個分配方式，回饋的金額就有26億，那其中台北呢？就占36.9%，就是用它的使用率來解決，這個在110年更是進一步上升，大概到37.7%，全部回饋金額就有49億。因此在新藥的部分，你用的多，其實你後續是拿到這個回饋的，因此是用這樣的方法來幫大家做一個配套。

問題3 短期無法移動醫療資源之配套

風險移撥款：減緩因R值占率前進之財務衝擊

- ▶ 111年醫院總額自一般服務費用提撥6億元

分區	項目	原六因素及權重 計算公式	107-109年RS值 平均占率	合計
		占率	占率	占率
	臺北	8.6%	35.7%	26.7%
	北區	6.9%	13.7%	11.5%
	中區	8.4%	18.0%	14.8%
	南區	8.8%	14.4%	12.6%
	高屏	21.2%	15.3%	17.3%
	東區	46.1%	2.8%	17.2%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%
	合計金額(百萬元)	200.0	400.0	600.0

- ▶ 111年基層總額自一般服務費用提撥6億元，其中3億元撥補台北區，3億元撥補點值落後地區(不含台北區)。
- ▶ 110年中醫總額自一般服務費用提撥提撥3,500萬元風險基金，撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點1元，撥補後剩餘款55%予臺北區、45%予北區。

20

那第3個是有關於短期之內無法移動醫療資源的配套，那這個部分，其實健保會相當鼓勵，就是用風險移撥款來做一個減緩。以醫院總額為列，111年他就撥了6億，其中2億是依據你的弱勢族群的人數來分，因此東區就占了46%，那這很明顯就知道要幫助東區；然後有4億還是依照RS來分，所以東區雖然人數少，但是他拿到的，還是佔了17%，醫院是用這個方法來協助說，萬一他R值前進，東區比較小，可能會受到比較大的財務衝擊，我們用這個錢來做一點點的幫忙。這樣子其實各總額也都有，像西醫基層，也是有它的風險移撥款，有6億，其中3億就直接給台北區，3億用於補點值落後的地區。中醫也有提供一個風險移撥款，像110年，如果R值前進，他就會用來撥補中區；如果R值沒有前進，那就會用來補台北及北區，就是用這樣的方法來減緩它的衝擊。

問題4 保留離島偏鄉一定醫療資源

中醫一般服務預算，先撥2.22%給東區
西醫基層風險移撥款，優先保障東區1點1元
牙醫保障醫療資源不足地區改善方案之論量
計酬費用1點1元
醫院另以專款補助偏鄉醫院開立急診及內外
婦兒等專科

R值前進下

**人數不足支應偏鄉醫院時
怎麼辦？**

21

那第4個呢？是所謂的偏鄉也一定要保留一定的醫療資源嗎？這部分其實各總額也有思考過，像中醫的話，它就會把一般預算的2.2%留給東區，意思就是東區預算至少會佔到2.2%，就不會受到其他分配的影響。其餘總額部門則以專款方式來保障偏鄉醫療資源。不過，當然也要想到說，在R值持續前進下，然後你的人數又逐步降低的情況下，R值占率有需要一定要到達100%嗎？這會造成預算可能不足偏鄉醫院的需要，這其實就是未來一個很重要的課題。



二、RS公式有檢討空間



RS公式參數/占率

- 人口數（用戶籍人口如何？）
- 年齡性別
- 死亡率（用疾病嚴重度？）
- Trans（用次數或取消？）
- R值占率是否朝100%前進？
- S值固定或前進？

23

部長巡視各分區時，大家針對公式都提出很多檢討方式。不過，任何一個參數的改變，其實就是涉及到整個總額分配的影響，所以一定要非常的慎重。第1個參數是投保人口數，如果用戶籍人口，會如何？提到第3是死亡率。也常常有人講說，為什麼前面要用死亡率啦？那當然我們也可以用簡單的診斷碼，可是你一旦用診斷碼，並且用它作為預算分配的依據，我們就要考慮到會不會有upcoding的問題，而使用死亡率這個就是一翻兩瞪眼的事情，那再來就是有很多人提到的，有時候用Trans也會覺得不公平，因為是用醫療點數來計算。所以他們會覺得說，這個部分會有點不公平，因為醫院那邊的急重難症會一直加錢，這樣看起來好像是醫院的競爭力會比增強，其實不然。所以，他覺得說，是不是可以用次數來代替用點數？或者是乾脆就取消，讓醫院回歸醫院，讓基層回歸基層，也都有人提。另外就是R值是否一定要100%？因為一直前進，對東區其實就是會造成一個比較大的傷害。所以我們在思考之後，其實診所的部分可能還比較簡單，因為長期來講診所的移動其實相對醫院是比較容易，可是醫院要移動就會比較複雜，更何況偏鄉的醫院到底是要讓他動，還是要留在偏鄉，這又是一個問題。最後就是s值，因為s值目前都是固定在總額實施前一年，有沒有可能往前動？不過因為是採用的年度往前動，那會不會跟R值產生一種相乘

的效果，也值得考慮。以上這些參數能不能動，只要有意見提出來，其實我們都可以跑出數據供參考。不過，當然重點還是醫界內部要有共識，我們再據以分配。

完全翻盤RS公式

以健保歷年實際數據資料為基礎：

- ◆ 各分區排除特定族群之保險對象人數分別依性別、年齡組別以一定歲數為組距進行統計，各分區平均醫療費用推算各分區之**地區預算的基本數**。
- ◆ 分區各年齡層人數的醫療費用加總即各分區的實際醫療費用
- ◆ **特定族群之保險對象**（即需特別關注之群組），單獨考量；**外加費用**
 - 罕病、各類癌症、愛滋病
 - RCW、透析、精神病人
 - 山地原住民
 - 或其他需特別考量

24

那當然最近也非常感謝醫院協會，因為協會真的願意來處理這件事情。所以呢？他們目前也提出了一個想法，首先呢？我把一些特定族群的先排掉，之後，剩下的人就是屬於一般，變異程度比較沒有那麼大的那些人。那些人的費用我來把加總起來就變成一個所謂的基本費用，然後呢？再把特定族群產生的費用。再予加上，這樣會比較穩定，目前這個想法還在醫界內部尋求共識中。

中醫總額一般服務預算分配方式

66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。(S值)

14%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。(R值)

10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。(跨區就醫)

4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。

中醫就是整個不要RS分配，改用其它分配方法的部門。

法規規定

第 61 條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額**及其分配方式**，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，**得分地區訂定門診及住院費用之分配比率**。前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

當然最後依法還是要提到健保會去討論。



報告大綱



分配的緣由

分配的歷程

問題與配套

合

下一步



恭請裁示