



# 醫院總額地區預算 執行概況暨建議作法

台灣醫院協會 謝文輝執行長

111.02.10

## 李伯璋署長：

我們今天邀請到謝文輝執行長，他在醫院協會的職務都做了相當的久，其實他對健保的瞭解比我還多，不過因為每個人角度不太一樣，當然有一些看法，那我從他身上學到很多東西，我想那天他也跟我們提到一些現象，我就請他這麼實務的人來跟我們分享。

那我今天早上在組長專線裡面，有特別跟各位拜託就是說，假如我們面報有討論到的一些事情，各位要一樣一樣小事都把它做好，把它做好就是了，事實上大事也輪不到我們作主，反正我們就是把小事做好，千萬不要拖，要面對問題。

剛剛恆榮那邊，昌志今天沒有來嘛？因為像C肝的部份，我看到C肝的治療人數的確就有在減少，但我們治療C肝就是要做，你人數減少一定要想出一些策略，那當然不限科別我們已經弄了，可是你要讓更多的民眾知道我們是不限科別的，如果我們沒做，到時候錢沒辦法用掉很浪費，我覺得我每天在檢討的時候，都有在想說有些東西要注意的，那拜託各位留意，好不好。

那今天我們很高興邀請謝文輝執行長，事實上他職務太多了，一路走來很多東西他都有他的看法，那我想就由他來跟我們講他怎麼樣面對我們的健保，那當然在不同的角度看法不太一樣。像剛剛他也講，我看到每年健保費都在成長，那我就想說有一定要成長嗎？你們當公務員都說薪水一定要調高，假如你們在民間團體，老闆沒

有賺錢，不要被fire就好，還一直在調薪，所以大家不一樣的背景有不一樣的考量，不過我覺得我們在一個壓力很大的環境，要怎麼做一個突破。

那我們掌聲歡迎我們的謝文輝執行長為我們報告，他今天一早是從台中上來的，很辛苦，他又不喝咖啡，喝白開水。

### **謝文輝執行長：**

署長、各位現場還有線上的健保署長官，還有許多醫界的前進，大家早安、新春快樂，署裡的長官跟我說這個是新春第一炮，因為現在還是在傳統初一、十五以內，所以還在新春期間，署長請我來說這個題目，我的同事說，阿輝，這個題目是我們醫院團體裡面的地雷區，每一年談這個問題就是炮聲隆隆，說這個好嗎？當然，現在新春期間，署長排這個炮聲隆隆也很應景，那今天因為各位長官時間寶貴，我們就言歸正傳。



# 大綱

01

醫院總額地區預算分配原則

02

醫院總額地區預算歷年執行概況

03

醫院總額地區預算公式計算疑義

04

醫院總額地區預算建議作法

下一張。



# 醫院總額地區預算 分配原則

下一張。



# 地區預算分配原則

## 地區範圍：

01 以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍，區分為六地區。

## 分配參數：

02 「各地區校正人口風險後保險對象人數」(R值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S值)

## 風險校正因子：

- 03
1. 門診：人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，及轉診型態(醫院門診市場占有率)。
  2. 住診：人口風險因子(年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%)。

94年起用於「計算」地區預算所採之門、住診費用比率均為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務

## 分配方式：

04 依費協會 93.12.30 醫院總額公告，地區預算自 93 年起，原則上以 8 年為期，逐年達成預算 100%依據校正風險後之各分區保險對象人數分配，惟該期程可視實況檢討修訂。

首先因為線上許多醫界先進，也許不是長期參與健保事務，也許對這個R、S值大概也不太清楚。我首先來說它的背景跟原由，先做一下背景說明。

健保其實從84年開始，當時是很自由的，全國分為六個分局，當時是叫分局，每個分局實報實付，因為當時是政府負責，所以你做多少就多少，也不必去檢討地區預算的分配，很像健保署政府很慷慨。但是健保大家都知道，它是延續勞保制度，那勞保制度本來就是政府一個照顧辛苦勞工的制度，所謂德政，以前就是要大碗又滿意，部分負擔要少，反正要做德政，德政不會去貼錢。

但是健保很不幸的，定位雖然是在社會保險，但是承接前面是一個德政，其實是福利政策，政府要照顧勞工當然要大方，所以我們就有一個很大的包袱，所以我常常笑說，台灣的健保制度面看起來，規劃起來好像社會保險，但是我們實際行為，其實是社會福利政策，所以感覺就都是政府買單，結果最後政府當然沒本事，政府力量也有限，所以結果就是血汗醫療，醫療院所和醫療工作人員承擔，就是這個現象，政府一定受不了，不可能金山銀山隨你花。

所以84年以後90年代，財務就開始很辛苦，這個我們都從頭參與過，就開始討論國外用總額支付制度，總額支付制度精神，政府在做事情一定要光明磊落、冠冕堂皇的寫說明，像國外都沒辦法控制這個額度，這個額度如果沒辦法控制往後會來不及，所以我們就

要來改總額。

那理由呢？我們政府講的很好，健保署的宣示講的很好，說以後的總額一起跟醫界共同努力來控制，然後把醫療品質做好，那萬一總額超過怎麼辦？以前超過都你買單，超過大家再一起來檢討，怎麼管理讓總額不要超過？很簡單，就是調高費率，那如果民眾不挺呢？現在民主時代，他們喊不要，你們能說要嗎？所以都不要的時候，我們就來檢討涵蓋面，來縮小，我說這是很有邏輯性的。

我坦白說，當時我是反對，因為我們從來不相信會發生這樣的事，雖然不相信，但是你看當時的牙醫公會，第一個跳下去做總額，所以我對阿中部長，他當時就是擔任牙醫師公會全國聯合會的理事長，我開始對他由衷的欽佩和尊敬，他很了不起，其實很多政府說的都很好聽但後面都不是這樣，但是他就跳下來第一個做，所以他分到最大一塊，因為當時要鼓勵大家做，那醫院就是很老實抵死不從，所以三個總額都拿完最後剩醫院，所以醫院是從總額開始第一年，點值就只有0.9幾，從來沒有達到1.1元，只有到這次疫情發生的第二季、第三季，去年的第三季、第四季大部份的分局才點值超過1，牙科其實他們第一年就超過1了。

第二個讓我很欽佩的事，牙科阿中部長馬上提出一個初診費要提高，要變成600點，通過後他們點值看起來就沒有這麼可口，就比較接近1，所以這個非常了不起，可以看的出來阿中部長的sense非常的好，這也是我非常欽佩的地方，所以我覺得就我醫界的立場，我感覺這個總額制度，其實直白的講就是要把財務責任丟給醫療院所，也許大家不同意但等下聽一聽，也許大家就會覺得同意。

那既然改成總額就不一樣了，它就有一定的總額分配到六個分局，那怎麼分配？開宗明義的講，第一，它的原則是什麼？就是要錢跟著人走，這有道理吧？因為人口是會變動的，我們現在從長期來看，像現在新北人口增加很多，你看哪裡有科學園區，台積電去哪裡蓋，人口又去哪裡，錢當然要跟著人走，因為醫療服務是跟著人。

第二個，它延伸解釋也很有說服力，錢既然跟著人走，醫療資源會跟著錢走嗎？所以跟著錢走，它會達到什麼大目的？我們健保一直追求醫療資源分配的合理跟平均，人跑去哪，錢就去哪，非常的好，所以用這個三個原則，大家都鼓掌拍手，他做一個六個分區的預算分配的原則，這個原則他怎麼做？我想在座的長官都很清楚，我們現在講給在線上的醫界朋友聽，因為據我所知醫界的95%都不太清楚，很抱歉浪費各位長官的時間，先跟大家說了解一下。

我們依據原來六個分局分成六個地區，來設定R值和S值，R值就是剛剛說的錢跟著人走，各地區校正人口風險後保險對象人數叫R值，總額開辦的前一年各地區保險對象實際發生醫療費用，就是之前實報實付，那麼它的風險校正因子分成門診和住診兩塊，人口的風險因子，在門診裡面，年齡、性別，這些差異占80%，標準化死亡比占20%，SMR，那為什麼會設這個標準化死亡比？

他認為說，光只用年齡跟性別的指數，沒辦法反映一些疾病的嚴重度，你看有的明明都是60歲，為什麼醫療費用差那麼多？因為他有一些急重難症的地方，所以他用這個來調整，占20%。然後再加上一個完整型態，就是醫院門診比整個西醫門診的占率是多少？如果占率越高，調整的指數可以調較高，比較低就減低，那為什麼會有這個？因為一開始的時候，是把西醫當作一個整體來看，所以西醫、基層跟醫院，就有這個因素，那西醫的因素，也符合他本來的構想，因為既然是一體，基層和醫院的患者，門診患者是可以流通的，所以就做這個指數的調整。

所以初期在總額的時候，其實還有一個基層的，後來雖然把西醫基層的總額和醫院完全分開，但其實初期是有一個基層和醫院的風險調價機制，就是萬一統計的結果，西醫基層、門診，都跑去醫院，那麼它是需要再割它的總額去補醫院，還是醫院都跑去診所，醫院的總額要割給它？事實上大家都知道，分不完錢還要捐出來，所以那個最後就不見了，那你也可以了解為什麼當時會有這個。

那住診的部分就是人口風險因子，年齡性別指數占50%，標準化死亡比占50%，看起來考慮的很周到，但仔細看，年齡別、性別我都考慮，再加上用標準化死亡比來凸顯，做這個案子的老師跟長官的想法就是說，死亡率比較高表示重症比較多所以也死比較多。

那分配的方式當時在93年12月30號醫院總額就公告，自93年起，就是94年開始，原則上要以8年達成100%，就是門診的R值和住診的R值要變成100%，那麼為什麼他們一開始就用這個，因為前面有一個實報實付，而且在醫院總額裡面有個很糟糕，就是它的錢越分越少，因為點值本來是一點一元，再來不會有一點一元，我想長官也心知肚明，那一下子把錢減少會引起反彈，長官們這麼認真，薪水一直往下掉，那一定會反彈，所以它就逐年分成8年達成，這個也是一個很有智慧的做法，溫水煮青蛙。



# 醫院總額地區預算 歷年執行概況

下一張。



## 歷年門住診費用比率及RS值占率協定情形



		94	95~96	97~101	102~103	104~105	106~108	109~111
門診 (費用比率45%)	R	15%	38%	45%	46%	46%	50%	51%
	S	85%	62%	55%	54%	54%	50%	49%
住診 (費用比率55%)	R	10%	38%	40%	40%	41%	45%	45%
	S	90%	62%	60%	60%	59%	55%	55%

執行的結果是這個樣子，所以理想很美麗，現實很淒慘。本來說8年，你看94年到111年，18年了，不是8年，跟王寶釧苦守寒窯等薛平貴18年，進展多少？門診94年R值15%，現在51%，前進36%，住診10%變成45%，前進35%，要達到100%我想再兩個18年也不一定可以達到，為什麼？大家看一下。

門診97年到101年，5年都沒有變動，住診7年都沒變動，寧死不從，有任何理由都讓它不動，109到111年就是因為有疫情，所以醫院協會就寧死不從，就一直維持。既然這個公式看起來這麼周全這麼好，為什麼一動都不動？非常簡單，因為大家挑它的這個毛病，這個公式就被挑毛病，它的毛病有什麼？我們來看看下一張。



# 醫院總額地區預算 公式計算疑義

下一張。

## 公式計算疑義



### 各界對公式設計之參數與校正因子尚有不同意見

- 標準死亡比對於地區預算之分配並無實質影響力、且與支出關聯薄弱
- 轉診形態 ( Trans ) 對早與西醫基層分割的醫院總額之門診沒有調整意義
- 分開門、住診額度45:55，更沒有意義，多此一舉，因為94年地區醫院協會上街頭抗議後，預算到六分區都是合併結算。
- 對實際健保需求人口沒有解釋力
- 未被滿足的醫療需求(unmet need)

標準死亡比，是不是等同急重難症的比例？我想沒有人敢打包票說是，那我們請問以前制訂的長官和老師，他們說找來找去都沒有相關的data，就用一個這個死亡比。現在分錢最困難是什麼？R前進，R前進有些分區錢就拿的比較少，有些就拿的比較多，拿的少的就開始挑這些毛病了，所以這個戲碼，每年都上演一次。我們醫院團體裡面三個層級，醫學中心、區域醫院、地區醫院，這些核心的代表、協商的代表，都有一個共識，大家遇到這個議題手機就拿出來滑了，你知道嗎？因為沒有什麼好談的。

每一個包括醫學中心自己內部也擺不平，因為它有六個分區的醫學中心，意見都不一樣，錢分的多的贊成，分的少的反對，區域醫院、地區醫院都一樣，所以講這個議題大家都在滑手機了，那因為大家的共識很清楚，就是「絕對不會有共識」，所以每年的爛戲碼都演一次，演完的結論就是維持不要動，因為一動茲事體大，所以每次只要動中間都停很久，有一次動就是跟消費者團體聊的很不好，他就強押著你往前，不然盡量不動，如果要動也是動的最少。

動到後來只增加30%的時候，在醫院來講，署長可能也聽過，都進入深水區了，這不行，所以不是只有醫院而已，診所第一個，就是人家提出的挑戰，所以基層先設一個叫做「風險移撥款」，後來醫院也跟進，醫院一開始有約它，最後一億五，現在變兩億。

就是說，在一個大家都挑剔、沒有說服力的公式，這個不好的

結構裡面，只好用違章建築去補救，就是我們如果說一個謊，後面就要說很多謊來圓謊，那這個違章建築更沒有經過周延的思慮。那你想想看，現在只進30幾%就這樣，那進到100%的時候，你這個風險要編多少？是要編50億還是100億？

所以這個問題，我覺得署長很有先見之明，這個問題要解決，不然它未來會沒完沒了。如果你停在這裡不動，那政府宣示的算什麼？訂一個公式說要達到，永遠都達不到，一天到晚挑毛病我們就受不了。那明明知道他有問題，每年都亂一次，還是沒辦法解決，這讓人覺得沒有能力，所以一定要解決。你想想看，像DNR死越多費用越省，哪有什麼費用比較多的？如果大家都吃很好，大家都AMI三分鐘就死了，一毛錢都不用花，所以當然人家會挑剔。

第二個chance，因為早早西醫基層和醫院總額就分開，還要調整什麼？一點意義都沒有。第三個，94年分開門住診總額時，所有的總額省45%叫做門診，55%叫做住院，完全沒有意義，多此一舉，因為94年時，我剛好93年回去地區醫院做理事長，所以94年他宣布要這個，我帶地區醫院抗爭完，只剩下這個留下來，最後，到各地區去結算都是合在一起，所以各位現在知道，長官的數據很清楚，現在的實際的門診降50幾%，絕對不是45%，所以前面這樣分是分假的嗎？完全沒有意義。

對實際需求人口，現在像東區為什麼大家要補給他錢，山地同胞比例降很多，山地同胞醫療費用就比較高，也許他55歲就等同一般人口的65歲、70歲的醫療費用，所以這健保對實在真正急重症沒有說服力，另外也對一些沒有滿足的需求也都沒有說服力。



# 醫院總額地區預算 建議作法

下一張。

## 建議作法



以實際醫療需求為基礎



認同錢跟著人走基本原則

\$

地區預算

減少公式推估的誤差



健保大數據應用

所以今天，我覺得很感謝署長請我來說這個議題，雖然這是一個雷區，但是我抱著很大的希望來，因為我們健保的雷區不是只有這塊，我們長官也很多雷區，我們部長和署長的雷區是什麼？

第一個，調整保險費率，一調整就完了，第一個李明亮署長，一調整費率後就請辭下台，所以從那次開始，只要講到要調整費率，所有的長官都要嚇死了，那就是穩死的，所以柿子就挑軟的吃，修理醫院比較快，不要去調整費率，這變成大家心裡很明確的訊號。

第二個，調高部分負擔，署長因為從實務出來，對人性也很了解，署長說，部分負擔要調高，使用者付費，但是我相信只要跟患者拿錢都是雷區，只要開放給民眾更多的照護跟新科技，就是叫德政，所以大家喜歡做德政，不喜歡做讓民眾感覺負面的形象，所以署長一來，雖然很有使命感，一定也很挫折，一定有很多好朋友或是長官幫你踩煞車，告訴你這個議題暫時不要碰，因為一旦碰了，出師未捷身先死，所以我覺得署長一定有志難伸，但是我最近完全改觀，為什麼？

阿中部長之前調高費率，有發生事情嗎？沒有。所以我一直很欽佩，欽佩到不行，為什麼？很簡單，這第一個要先感謝所有在座的長官跟所有醫界的努力，因為我們健保做的很好，用很少的錢提供這麼好的服務，所以健保已經變成台灣之光了，各位的功勞，而且是台灣幸福感滿滿最主要的因素，現在問台灣人都會炫耀什麼？

除了健保還有什麼好炫耀，坦白說就是這樣，那民眾有知道大家日夜匪懈很拼命嗎？外面沒人知道，我會這麼說，台灣人感覺幸福感裡面基礎分數60分就是健保。

最近有藝人放棄健保要去中國籍，大家鼓掌而且沒有人謾罵，之前像黃安大家都罵得要死，可見健保署在大家的心中，因為健保做的好，阿中部長才有這個志氣去調整健保費，那他也很厲害很聰明，他選擇了一個很好的時機，在疫情發生的時候，他的聲望達到最高，他都沒日沒夜，那你們對外沒日沒夜我們看不到，因為你們都沒有轉播，阿中部長有轉播，所以全國都看在心裡，藉著很高的聲望，疫情期間看到醫療院所大家都包緊緊很熱的在外面服務，大家覺得健保基礎建設做的很好，所以調整費率，有發生事情嗎？沒有，這個雷區不見了。

第二個，講到部分負擔，阿中部長也很聰明，藉著這兩個基礎，藉著五個醫院團體，去找部長陳情，跟署長拜託，又去晉見總統，大家看到都說醫院為什麼要這樣？聽說很累，活不太下去了，所以阿中部長說，要調整部分負擔，原本是要調整費率，但是費率會影響到所有人，所以我先來調整部分負擔使用者付費，這個青年選票100分，年輕人比較不會生病，為什麼要一起調健保費率？應該調使用的人老人去調，因為看病較多，所以阿中部長先說幾次，這是署長的職志，署長不知道在報紙裡面講幾次了，有什麼聲音嗎？都沒有，都不像過年吵吵鬧鬧的，你看看講幾次了，現在全國民眾你們私底下去問，大家都說今年部分負擔一定會調整，大家都已經認定要接受了，但是很好，沒有調整體費率。

所以我覺得，以前說難做的事情很多，會做事的人不會出事，不會做事的人沒事情也做到出事情，所以在阿中部長和署長底下，我們看到一個曙光，醫院團體的雷區，我有信心，只要署長在，一定會過，不管署長是在這裡，還是在部長的職位上，我們一定會達成，因為有那個能力解決這個問題。

那今天我會提這個建議作法，也是因為署長種下的善因，本來我們很少講這個，因為雷區很少人在討論，我們對這個本來就不關心，本來覺得總額跟我們有什麼關係？這是健保署的事情。我們總額剛開始實施的第一年，其實我們主管官署依照總額，四個總額有四個專業團體來承擔，那第一年開始承辦的時候，醫院團體就是莊逸洲主任做執行長，因為他是當時醫院管理的超級巨星，那他就來找我，拜託我可不可以擔任支付組的召集人，因為支付組分錢的，最麻煩的，就拜託我來，我就說好。

當時我就提出，既然做總額，就是要在額度上面有限制，那底下不能不跟著有限制，所以明年成長率如果4%，大家都一樣先成長2%，自己控制，剩下來2%留做政策上使用，像有新設醫院或是什麼政策使命，用完之後再讓大家平均分配，因為當時剛開始，所有層級醫院的團隊，有在關注總額，看國外的經驗都是這樣，所以就被我說服了，不是我厲害，是因為他們有看國外的經驗，結果那晚，我們開完會正式通過，送進來健保署，那時署長不是李署長，那時候是健保局，我們送過來後就石沉大海，然後突然我們所有醫院承辦人都不見了，都解職，全部都健保局自己接回來辦。

所以我剛剛說，要讓民眾感覺看起來很滿意這樣，讓民眾任意說、任意看，政府的目的直白講，就是要把財務責任推給醫療院所，這樣講有冤枉嗎？看起來沒有。因為106年署長來之後，署長是老師，教授級的，他做事情就是有原則，同儕制約，所以在署長的支持下，醫院在106年，隔了15年開始有機會接辦這個總額，這個我也要感謝在座的長官，現在執行這個總額如果沒有大家幫忙，一定是辦假的，沒有辦法辦，因為15年長期沒有參與，所以藉這個機會感謝各位長官。

但是也因為下放後，我們就覺得這個總額不是只有健保署的事情，也是我們的事情，就有長官跟我們說，你們就已經承辦總額相關的事，那也幫忙想一下怎麼做比較好，每年都這樣搞一次好嗎？每次都說那樣不好，公式沒道理，那你也拿出一個方法。我的個性，可能跟我長期相識的長官清楚，我的確像署長說的很愛說話，很多意見，但是我覺得我是一個忠誠的異議者，因為只要我批評，我絕對提出對案，我覺得這才是一個夠格的批評者，所以只要我有批評，我一定提出對案，那麼這個對案，一定是誠心誠意，絞盡腦汁，照我的理解、我的經驗提出來，所以我希望未來我提出這個的時候，長官的心境可以改變，不要認為這是在找麻煩，把我的意見當做幕僚意見。

我想署長或是組長做為單位主管，你們做一件事情，幕僚一定也跟你們提很多方案，有的跟你的想法雖然不一樣，但都是提供你一個好的思考，所以如果用這樣的心態，那麼今天像我們這樣很負責任的異議者，就會變成你最好的幕僚，大家就真的共同努力來把健保難題解決。

那因為我承辦之後，我就覺得這是我的責任，所以長官要告訴我，我這個人是不會推辭，我就回去醫院協會裡面，醫院協會裡面有個全民健保委員會，有三個層級的主要核心代表，所有跟健保相



關的都要從那先通過，所以健保相關事務的決定，是在全民健保委員會，不是在理監事會，理監事會都只是背書而已，因為就是三個層級的代表都在那，包括全民健保委員會的代表，所以我就提出來討論這個想法。

今天我這個想法不是我胡思亂想，其實我已經做第一步的溝通，現在大家詬病最大的是公式，我們把詬病公式的基礎拿掉，讓大家有一個基礎共識，下來其實是技術性的問題，所以今天大家聽我講這個應該不是浪費時間，這不是我的胡思亂想，基本上已經通過全民健保委員會，而且在106年7月份就正式行文來健保署。

那麼它的建議做法只有一個，拿掉所有醫療資源跟著錢走，這都不用，其實實際就是讓六個分局分錢，分的公平且符合實際需要，把那些虛話都拿掉，因為現在健保的資源分配是誰在決定？衛福部在決定，它通過就通過；那蓋醫院是誰決定？地方的縣市長，像彰基現在在田中，高鐵站旁邊不是申請一間，那裡有人嗎？沒半個人錢跟著人走，除非錢跟著鬼走不然那邊設醫院怎麼可能。

所以都不要講那些虛話，我們實務的人回歸正題，以實際醫療需求為基礎，打破這個公式，所有的罪惡就是因公式而起，這個公式大家都不滿意，所以減少誤差，應用健保大數據，我們健保大數據，我們的資訊世界第一，我們有這麼好的東西為什麼不使用？用實際的數據就好了，認同錢跟著人走，所以我們三個整體的代表都認同，為什麼？因為會有變化，你看看十幾年來，各縣市的人口差多少，像南投50幾萬剩下40幾萬，各地人口一直在變化，但是南投老化的年齡越來越高，所以級距的變化你一定要跟著，那跟著人走也要跟對，這邊年輕的十個和那邊十個老人，錢不能一樣。



## 建議作法

健保開辦多年，以實證數據為基礎：

1. 以各區排除特定族群之保險對象人數分別依性別、年齡組別平均醫療費用，推算各區之地區預算之基本數
2. 各分區以一定歲數為組距進行統計：因各年齡層醫療費用差距大
3. 分區各年齡層人數的醫療費用加總即為各分區的實際醫療費用。
4. 特定族群之保險對象(需特別關注之群組)，獨立考量、外加費用：
  - 罕病、各類癌症、愛滋病
  - R.C.W、透析、精神病患
  - 山地原住民
5. 分析結果如和目前地區預算分配有很大差距，應以漸進方式，逐步逐年調整。
6. 未被滿足的醫療需求(unmet need)

那麼我們作法，基本上用文字來說，就是我們有實際的數字，不必靠什麼SMR，門住診本來就是沒分開，都在一起，很簡單，現在唯一會發生的差異就是如果純粹用年齡、性別分出來的錢，就會產生像東區說的，山地同胞很多，所以特定的族群，大家來討論，各分區認為說我山地同胞多所以要另外考慮，我RCW多要特別考慮，我精神科多要特別考慮，只要大家有覺得特別的，就把它拿到外面來，剩下的就完全依各年齡層、各性別加總就是實際費用。

那你就要去算，看是3個一個等級，還是5個一個等級，老實說照我們的數據能力，你要1個一個等級我們也是可以做出來，總共算出來就是這樣，各分區其實就是依據這個，你1歲幾個、2歲幾個、男生幾個、65歲的幾個，加總起來，就是你的基本總額，然後再去外加，像是山地同胞（透析、RCW）幾個，假設1-3歲有幾個，就外加進去，各分區也在裡面開會有什麼意見嗎？說沒意見，實際上算出來就是這些人也就這些錢。

所以回歸大數據，我們有大數據為什麼還要用模擬的公式，很好笑，很無聊，我們就有實際數據為什麼不依據？有個公式看起來

很有學問，但是事實上，你就是會被挑戰。

所以基本上文字是這樣的結果，當然這樣的結果出來，會和現行會和R值有差異，我們來看差異大小，差異如果一點點我們可能分三年或四年，差異如果大我們分七年或八年，甚至十年也沒關係，因為健保是永續經營，讓大家都能夠適應，那時候也不需要違章建築的風險移撥款，但是風險移撥款我是覺得無心插柳，也因為這個讓醫院最近三年承辦的心情都是優，所以其實在品質部份，大家互相也給醫院很多鼓勵，其實健保前面怎麼算，就是原有的事實，未來這塊如果需要著墨，也許是健保可以update的、品質越來越好的整個方向。

大概整個用文字敘述是這樣，那我們說個跟公式比較接近的，大家看到覺得比較學問的。

## 建議作法

- 一般總額（目標年度）= 基期年（目標年前一年或前二年）分性別、分年齡及被排除之特定族群實際醫療費用推估之目標年度預算（📢人事物價波動因素之調整）+ 協商項目預算 + 目標年度醫療資源變動因素（如：病床數、醫師數）
- 新藥、新科技以專款編列，待5年穩定後再移列至目標年度一般總額。
- 專款項目提供一定預算作為各分區針對未被滿足之醫療需求或精進服務品質項目之推動，如果效益良好則列為正式協商項目，成為常態性服務項目。

那麼它的作法基本上大概是這樣，這個當然還需要潤飾，一般總額假設訂一個明年，一般總額，目標年度是明年，那麼我們選一個基期年，基期年當然越近越好，其實今年最好，但是今年的很多數據在談明年的時候，還不會出來，我們都是在今年的9月開始談明年的，但是其實9月到12月還是今年的數據。

所以我們以前其實健保通常目標年的前兩年，就是要說明年是用去年的資料，因為資料都出來了，包括物價指數的波動大概才會出來，所以我們選一個基期年，通常會選這個減兩年，有人有其他的想法沒有關係，就是做一個基期。你分性別、分年齡，還有和那些被排除的，那整個醫療費用合起來，這就是年度實際基期年，再來加上人事物價波動元素的調整，就做為明年目標年度總額基礎。

再來第二項就是加協商項目預算，這也是董事長一直拜託署長說，之後協商，新藥、新科技是不是優先討論？討論完算一算之後再來編協商項目，這樣大概會比較精準，那再加上目標年度資源變動因素，病床數、醫師數也影響，這個其實在總額剛開始，這項是列在協商因素裡面，前面剛開始這個都放在裡頭，因為所有的研究案數據都顯示，只要多增加一個病人，這個地區就會多醫療費用出來，多醫師也會，多醫療人員也會，現在為什麼我們要把它列在這裡？

現在包括署裡的長官和醫療界都很痛苦的就是說，醫院設定不

歸我們管，醫師出來合格就是一定要給健保，沒有管控的，你本來有這個總額，你有辦法支應多少都有一定的，你現在一個變數是別人加的，所以我覺得我們要把它加上去，加上以後就會變成衛福部的責任，你要多幾成？照現在研究多幾成你就要多編列多少錢，到時候衛福部在通過醫院的時候才會有壓力，也才公平，這個總額如果要強制就是要這樣，讓該負責的人負責，你要通過就是要多多少錢，部長去傷腦筋，那你如果覺得沒辦法，就要控制，我是覺得讓該負責的人負責。

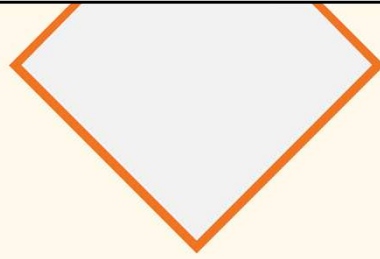
第二個新藥、新科技以專款編列，待五年穩定後在移列至目標年度一般總額，這也是另一個雷區，每次討論這個都沒有結論，因為醫院團體就算，算一算五年，五年編的新藥預算和這五年差距多少？兩百多億，只有算五年就兩百多億，難怪醫院越做越痛苦，所以署長我想你也心知肚明，但是我們爭議點是什麼，長官說的也有道理，新藥永遠會有取代率、替代率，舊的藥就會減少，所以絕對不是你說的兩百多億，但是到底替代率多少，沒人做的出來，做到現在都爭議不休，請好的老師來也沒辦法，但是我們用這個方法就可以解決了，不用算替代率，為什麼不用算替代率？

很簡單，因為我們是滾動的一直檢討，你現在新藥、新科技放在這邊以後，替代率就會顯現，藥費就會減少，為什麼還要算替代率？非常簡單，因為後年會用的就是用今年的資料，對吧？那替代率在這裡就顯現了，所以替代率這個地雷也就解決了，就沒有替代率的爭議，因為事實上是滾動的又不是一直沿用，所以就公平，沒有替代率的爭議，也不用找人做研究多花錢而已。

然後風險移撥款，給我們一個想法，其實署長可以爭取一塊專款項目，給各分區去提出計畫，針對現行的健保，有品質不足的要提升的，去提出方案來做看看，做完之後我們來評估，就列為未來的協商因素，成為常態性服務，這樣健保才會一直進步，不是只在原來的框框，就是花少少的錢，來做一個可以各自分區的醫療院所自己來檢視這個制度，然後做完來評估，不是說隨便做做，做的不好明年就沒了，做的很好就列為明年協商因素。

這個大概是目前我們提出的想法，還有一個最重要基礎分配的錢，那個是在醫院協會，106年我提這個議題，經過大家反覆的討論，大家對這樣基本沒有疑義，所以我們才提那個公文來，所以我是覺得這個是有機會可以解決，我相信在署長很高的使命感和各位本身對這都很了解，醫院的雷區也機會解決，因為這個雷區，像新藥、新科技、替代率，爭論不休，年年都發生，這對長官很不公平，大

家都很忙還在處理這個，替代率到底要怎麼算，也沒人知道怎麼算，連最厲害的老師都不知道怎麼算，算完他自己也不滿意，所以不用算，我們繞開那個地雷區，讓制度本身自己顯現，不用算，以上我簡單的報告，提供給各位長官參考，當做一個參謀意見，這個在醫院團體三個層級已經有這部份的共識了。



**Thank you**



謝謝大家。