

# 總額支付制度之因應

The Strategies in Facing Health Care Global Budget System

林欽法

中華民國牙醫全國聯合會

健保若要永續經營必須要以創造三贏局面才有可能。但事實上並不是如此，依照現行運轉情形，有可能會變成三輸之情況，由醫療界所呈現出點值問題，可顯現出一些端倪，且假使點值無法維持在一點一元或有每況愈下情形，再持續下去，在財務面根本無法解決，醫療界要如何經營下去是一大問題，從原因上探討，大概在財務上會發生困難，可從二方面探究：開源及節流部分。

## 開源方面

第一部分，係指財源問題若能依疾病之型態改變方向，而需專業照護之增減，以維護健康之角度切入，且能依精算方式調整費率，今天亦不會產生今日窘境。因調漲不順暢，受到政治力干預，又有所謂付費者能力與意願問題，而橫生枝節。我們來探討付費者到底有無能力，就他們的訴求部分而言，整體經濟情形不好，在此情形下不應率而調整費率，以增加民困。以國民醫療保健支出 National Health Expenditure (NHE)，佔國內生產毛額 Gross Domestic Product (GDP) 5.5-5.7%，與國際經濟合作暨發展組織 Organization for Economic Cooperation Development (OECD) 7% 相較下尚有一段距離，並非無付費能力，惟付費意願可能並不高，在所謂公民會議下結論「給付項目不能減少，保費不能增加」這代表他們的意願，依照健保法規範，能力與意願的考量下，不能不予以相當程度之尊重。關於此議題，期待二代健保中作費基調整，取得公平之方式，然後用不同財源計算方式取得穩定，或減少政治干預、去除太過本位主義方式，使得整個財源趨於公平

合理而減少所謂抗爭。在財源取得上穩定，為現今可行解決方案，惟健保財源非絕無瑕疵，本身有相當程度之不穩定，以精算程度換算費率，僅經過相當程度包裝及稍許改變，是否得以順利進行有相當大變數，但不失為一處理方法。

第二部分，以現況情形作改善：目前所謂公共衛生支出回歸公務預算，提高投保金額上限，調整軍公教投保金額佔全薪之比率，或在立法院尚未通過之提高健康福利捐，擴大代位求償部分，或教育成本之回歸，這些部分原本不屬健保該負責部分，該應予以釐清而歸建。

第三部分，假設仍產生財務窘迫問題，可實施所謂微幅調整 micro adjustment 微調方式作為財源增加方式，再用中度調整 meso adjustment 作為開源節流的方式。

## 節流方面

付費者代表常在會議上提到醫療界太過浪費，錢是否應用在刀口，或有許多黑洞及浪費之處，宜主動撫平以消除付費者之疑慮，此亦為醫療界應深深探討與檢討之處，可分為幾個方向：在所謂支付制度上、審查及管理方面是否有可趁之機，是否有足夠誘因機制及條件讓不必要醫療行為及浮虛報的產生，是否有其瑕疵部分。若要更深入之探討，事實上是總額實施部分，不應該用橫切，宜改為縱切，或醫療體系上之醫療層級定位須作回歸，即醫療層級與體系間，可能為定位不清楚或錯誤，而引起醫療上無謂之浪費，或醫療作業之混亂等。

另垂直分工與水平分工之關係，是否符合醫療上之需求，是否符合把錢用在刀口，符合付費

者之要求，亦是我們須檢討之處。

除開源與節流外，尚有一重要議題-課責部分，亦即整個健保經營非只是醫療界問題、非只是健保執行機關及主管機關之問題，而是三方面：付費者、醫療提供者與保險人間之各自課責為一重要因素。但在現今總額體系觀念下，並無法達到課責部分，因付費者無權利義務對等之概念產生，管理者及保險人或相關機構亦無法在相對對價關係概念上作處理及過度要求，而無法站在醫療服務提供者之角度切入，而一味地以付費者、國民健康之促進、或者是醫療品質確保，或可近性提升或公平上面去著力，這本是無可厚非且為正確之路；問題在於對價關係下，是否有所偏袒某一方面，在財源方面無法提供相對之支撐易產生傾斜、產生不穩定，假使沒有兼顧到受到不公平或者不合理要求的那一方，便無法取得平衡點，致產生重大問題。

實施總額以來，問題慢慢地產生，如項目增加、使用範圍擴大或利用協商因素，專款專用，增加某一項服務等，我們很清楚，整個財源無增加情形下，或增加幅度根本無法兼容反應前揭支付內容時，點值便往下掉，是一重要因素。如何取得課責於付費部分須凝聚共識。

在探討支付、管理與審查之前，須了解台灣一般人民之價值體系及觀念，才能推衍一套符合本土化之管理方式，才能真正去解決問題。綜合而言，第一，目前在台灣一般觀念以幾個字形容：「急功近利」、「本位主義」、「向錢看齊」，那就不能一味責怪接受醫療教育體系之學生有此觀念存在。也就是說，醫療教育在醫療技術專業層面上無太大問題，但醫療價值及倫理，其功效令人質疑。較簡單形容目前除極少數人外，幾乎皆向錢看齊，舉例說：在醫院層級系統上，以企業化方式經營，用賺錢理論方式來經營醫院，非完全以企業化講求效率化之管理方式，延伸下去為醫務管理部分，為追求最高利益及利得之所在，甚至指揮醫療專業人員或去干涉醫療專業作業模式行為，而為何醫療人員甘於被干預或去配合，主要源自於抽成分紅制 Profit Percentage of Free (PPF) system，既然醫務管理會導引個人獲得更多利潤時，在不重大違法違規下，樂於配合。

在此配合下會產生不必要醫療行為，在既有專業作業經驗可判讀情形下附加某些不需要之檢驗，或衍生醫療處置或手術，在此背景下，更變本加厲。

第二，用商業行為處理醫療行為，此方式會讓病人以為醫療服務相當好，不知由於此商業行為考量下，會浪費諸多醫療資源，並不能達到把錢放在刀口上之要求。為獲取更大利潤，更不可能以全人醫療去處理，不會用“一病一看”，而是以“一病多看”方式處理，為符合此需求，變成科系越分越細，同一病患同一疾病需多次醫療才能達成治療目的。究取原因，支付制度、支付方式及審查有可趁之機，而趨屬於“向錢看”之醫療行為。

在診所部分，有所謂簡表，藉多增加看診次數獲利或多蓋卡，或要求不當自付額(假借名義或不實醫療資訊，產生自付額)。在消保法談論到服務及商品部分，引起很大爭議，到底是否要將醫療服務當一般商品與一般服務作管理，或超越一般商品及服務，終於有判例「不把它當一般商品及服務」論，事實上，醫療本質定義也是如此。既然社會給予醫療服務寬容之解釋，醫療界不應自行套上商業醫療行為處理模式之產生，且亦不應該以追求利潤為最主要目標。

綜合整個醫療大環境及目前醫療界運轉瑕疵之考量，既然要作一改革，以簡單方式作為檢討支付、管理與審查之基本概念及理論基礎和作業之準繩，就是我們要求醫療界或作業醫師及管理系統，應以病人為中心，提供適當安全有效(包括效率、效果及效益)和可近性之公平，以此為目標，來看整個支付、審查及管理。

在醫療改革方面，可分為下列幾項：第一，醫療、醫師體系間重新定位；第二，醫療資源之整合，作最有效之利用；第三，支付制度必須要從論量計酬，往論質計酬或論人計酬的方向去做處理。

## 在審查方面

由傳統審查醫師方式，儘量變成有實證醫學處理方式，或在總額體制下有整體之相對性處理

方式，利用異常度與顯著差異之機轉，以大數法則方式，作檔案分析或統計方式處理等 outcome evidence，代替所謂 procedure evidence 部分。

## 在管理方面

應著重更人性化之管理，防範於未然之輔導體系，或事後補救之教育體系，作所謂評鑑檔部分，如醫師或醫療院所之評鑑檔案，當成管理或審查之重要參考依據。

## 關於醫療體系醫師之重新定位

事實上不是重新定位而是將已扭曲之定位問題重新恢復至原來位置，譬如說垂直分工部分，應儘速建立家庭醫師制度、社區醫院。然後依層級，部分作不同處理範圍及模式，舉例說，我們現在大醫院如醫學中心、教學醫院及區域醫院以上部分，它的作業處理流程與系統，完全用所謂處理急重症及住院之處理方式製定，惟所看診之病患絕大部分為一般病患，看一般病患以急重症處理方式，易產生不必要醫療行為，也就是浪費之所在，應把所謂醫學中心或教學醫院切割開來，定位在急重症之處理部分，其處理流程維持在原來模式；如無法回復定位而須與現況妥協時，一般病患可直接往醫學中心跑，因為他們認為服務或設備對個人疾病照顧比較周全，在此情形下，應作所謂權利與義務之課責，可規定不經由轉診，逕至醫學中心或教學醫院或其他層級部分，作不同定率、不同負擔之處理方式，非以現行定額之處理方式。

也就是說，依照現行健保法規定之定率處理，已綽綽有餘，如此才可將錢用在刀口上，去除不必要之醫療行為，降低所謂財務上之壓力，在健保部分，不知是陰錯陽差，或時勢之所逼，把它作一所謂橫切處理方式，也就是現行實施之基層醫療與醫院醫療系統，在整個醫療結構及醫療處理方式，事實上，如此作一切割不盡合理，應作縱切之處理方式，較符合總額之意涵，和處理流程之完整性。

## 在醫師部分

宜以所謂新課責(new accountability)、新醫療倫理部分，作一要求，更簡單說，醫師除醫療專業部分之照護外，亦應負有所謂財務上責任、自我醫療審查或自我醫療管理之課責，如有此定位在未來審查及檔案分析部分可完全認知，且接受程度亦較高。

## 關於醫療資源之整合

依照台灣醫療可近性，除少數部分外，已十分充足甚或過度。在此情形下，有限醫療資源應如何運用，產生更多利潤為一重要課題。

在總額收入限縮情形下，可能違反自由市場機能，而走向計畫性醫療體系之不得不然，舉例說，為了提高更多服務，獲取追求更多利潤，需作更細科別之設立，以"一病多看"方式作一處理，非以全人醫療或整合性醫療方式作一安排。

在所謂醫療依據上，為了滿足病患需求或實際醫療之需要，不得不購置高價位之儀器，在此情況下，便會引導醫院作一種儀器運用之扭曲，舉簡單例子：事實上，假使只有3位病患須作儀器測量，在利用率上面臨一虧損窘境，必須提昇至5人次，其餘2人次是不需要者，便產生醫療資源之浪費。所以對高貴儀器部分，宜作一有效之管理，以所謂區域醫療網概念去評估醫療業務之需要量多寡，作一最適當之配置，符合資格且需要之醫院依先後順序或協商方式產生，作適當之採購，需要之醫療人員再依附儀器下作一配置，有需要之病患作轉診，或公告週知讓病患有所遵循及選擇。

罕見或院所認為棘手疾病，處理意願低之疾病，需作強制性配置或認養機制，積極作為下，避免產生人球現象，才不會造成醫療專業上之不足，而浪費醫療資源，對病人才可產生妥善之照顧。將全人醫療或整合性醫療整併，如應設立老人醫療科別及系統，因老人有退行性變化、許多機能上衰退合併之疾病，又例如慢性病之處理，應開設慢性病門診或住院治療中心，以更人性化或更寬敞場所，更符合疾病之身心妥善照護處理，再於各層級或相同層級之醫院呈開放系統運轉，應能設立。

另依照現行醫院每家特色或營運狀態，作有效之重新配置及整合，讓醫療利用不足之情形足以彌補。此部分之醫療資源整合，應可創造三贏之機會，可降低醫療資源浪費程度。

## 關於支付制度之變革

論量計酬(Fee for Service)所產生之弊病，眾所皆知，總額制度要求效率化下大概很難去滿足，所以在此情形下，應實施健檢之建議，將支付單位放大，儘量實施診斷關連群 Diagnosis Related Groups (DRGS)、非住院臥床之門診病人組群 Ambulatory Patient Groups (APGS)、case payment 或台灣門診病人組群 Taiwan Outpatient Groups (TOPGS)，或做療程化處理，最終考量 capitation 作一支付處理。

用制度面來要求醫師或醫療院所作一有效率之處理，來作一"負責醫療"之行使。當然變革有其風險性在，實施此支付制度應有配套措施產生，才可能將 fee for service 弊病去除，新制所延伸出來之缺失如虛報去除，非必要之醫療行為等之發生降到最低。

原則上可訂定必要及實質之醫療行為要件，最重要的是利用電腦審查，及檔案分析，及統計分析作追蹤處理。依照現行電腦處理之能力，然後利用醫師之專業能力與同儕相互制約，將真正專業判讀運用於檔案分析中，只要專心投入不會有太大問題存在，此制度可去除浮報及促進效率化結果之產生。用此總額概念去作支付仍需配套：作效率化醫療品質之檢測，效率化指標及健康指標可以被期望的履行，更應可將支付制度可能延伸的弊病降到最低，亦有可能在有限醫療費用上作一效率化處理，進而可能產生合理之利潤，以利醫療院所之經營及醫師之所得。

支付制度本來就會引導醫院經營方式，引導醫師醫療行為模式，甚至影響整個醫療財務，所以在此情形下，我們不希望勞民傷財，玩貓捉老鼠把戲，或遺留很多可趁之機，或為了達到符合某些標準程序上面之規範，而作不適切之處理，或為了符合標準而作毋需有，甚或是偽造之紀錄。

藉此支付制度之變革由作業醫師作一負責之醫療是必須的，其中當然包含佔最主要浪費之防衛性醫療。由此制度之變革（以總額觀：財務與支付之連動而支付）讓醫師自行判讀醫療行為到底是需或不需要，而後由管理者檢測 outcome evidence 結果如何，此支付可參考總額財務狀況作一處理，以量入為出之方式作適當規範及任務管理。

## 在審查方面

因為電腦之處理已有相當重大突破及能力，所以在大部分程序審查，或支付標準表或門診作業準則中規定者，事實上絕大部分可交由電腦去執行，也就是說，現行審查醫師大部分的所謂專業行政審查，可交由電腦執行以求標準之一致性，審查醫師應該作實質審查，如 X 光片及 charting 或病歷表之審查，或是電腦無法確切執行、電腦無法處理之異常審查、檔案分析尚未達到共識或運用時，才交由醫師審查，在此概念下，審查醫師可去掉 90% 之業務量，可專心全力協助上述所強調需處理部分。

因應現今總額支付制度下，推動專業審查、自主管理等，真正的專業審查應審查醫療行為模式之適當性，配合運用檔案分析指標，其處理方式即可完成。另檔案分析如有實證醫學去佐證者則盡量引用，未有者或不確切情況下，可利用總額強調調整體相對性，仍須依循所謂的邏輯、數量及統計進行專業判讀及共識程度、或任務管理角度作解析，或依照它的異常度，或統計顯著差異部分，以整體相對性角度去解析及制定處理方式，這不僅是醫療專業，且要依循整個財務、任務管理需求之適當性，這才符合總額之特質及必須性。

依照大法官會議釋字第 545 號函之意旨，及符合行政程序法之規範，我們以大膽運用檔案分析逕行處理，惟仍需依照共識才可能推動。上揭談及支付制度需依照總額財務觀、醫療經濟觀去作一支付及審查，但擔心醫療品質之確保會產生問題，所以需利用可看出效率及醫療品質之審查作彌補；檢測部份為效率化之醫療品質指標，

以此角度作為審查及給付之基本原則，如此可於支付制度改變時互相彌補。

### 在管理方面

儘量以人性化管理方式，防微杜漸。其包含所謂之證照管理、輔導體系、再教育部分。輔導體系應具有強制性，如經由審查或輔導體系中挑出某部分需積極改進者，則作一強制性再教育之處理；如輔導體系部分尚未達到可執行或未作為審查依據之前，它的不完整或構思尚未作為費用刪除或其他懲罰時，作一處置、告知或要求改善、或作輕微處分之處理；其他部分例如高科技新方法部分，原則上予以鼓勵醫療院所或醫師去引用，但以增加費用為原則。而在全人醫療及整合性醫療之前提下，推動整合性醫療如可節省其支出成本者應予以鼓勵，但如為不可或缺，會增加某些成本下，則需尋找穩定及永久財源，才予以開放，或對病人絕對有利情形下醫療界願意負擔成本，亦未嘗不可。也就是說，需作審慎評估。

在所謂財務收支連動機制情形下，才不會造成財務壓力，又例如藥物部分，一向最為被詬病者如藥價黑洞、藥價差，假設能納入支付內含，問題會變成比較小；假如不能，或可選擇完整之醫藥分業，在總額方面藥價不予給付，或某程度之給付，或退而求其次選擇以學名作為支付之基準，而促使醫療界本身去研發，或者討論出最具有效益化之藥物使用，作一 protocol 支付標準。

### 在課責方面:分三部分

一. 付費者本身亦須負責任，原則上，總額支付制度下應有對價、權利義務對等之觀念，在此觀念前提下，應製作制定出所謂病人就醫

守則，病患亦有權利要求資訊獲得，或可預見受到之醫療照護。

- 二. 在醫療服務提供者部分，上述已闡述出對國家、社會，對付費者、對同儕間應有不同之課責，最基本者為醫師須符合作醫師之基本定義。
- 三. 在保險人或政府或專家學者部分，或者是其他機構間監督部分，原則上應以對價關係看待，作一仲裁監督者應有相關及實際證據，作對等部分是否傾斜之判讀作為，而不是照顧某一方面造成傾斜，實非其職責之所在。宜以尊重專業為前提，然後去要求整體國民健康的維護、去要求效率化、醫療品質之確保或提升，去評比醫療服務提供者是否盡到醫療提供之 performance，是否符合對價關係，也要有責任將資訊列為共有、共享之資源。

### 在財務方面

儘量以量出為入之精算機制，以確保醫療品質。對醫療服務提供者，必要時醫療資訊部份提供，甚至於醫療院所之財務資訊，尤其是區域醫院層級以上者必須要有提供之要求。

### 結語

以上所提，無非是面對總額支付制度下之因應必要變革，因為我們很清楚，實施總額源自於財務壓力下不得不採行，所以如何在有限醫療資源中，如何去效率化利用，又能維持一定醫療品質，去維護國民之健康，為一重要之課題。如何在有限財務下提供醫療服務所提出看法與作法之淺見，希望不吝指教。