

總額預算制度下的倫理思維

高雄醫學大學
蔡文展

Goals of health care system

- Universal access
- Cost control
- Comprehensiveness of benefits
- Freedom of choice
- Freedom from hassle for patients
- Quality of care

全民健保支付制度的改革- 總額預算 (續)

- 總額預算支付制度 (global budgets or expenditure limits) 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)。

全民健保支付制度的改革-總額 預算 (續)

- 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。

全民健保支付制度的改革-總額 預算

- 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。

優點

- 醫療費用的成長可以控制在合理範圍內。
- 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。
- 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。
- 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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

實施總額預算之目的

- 促進醫療費用總額及分配之合理性
- 共同分擔財務風險，合理控制醫療費用
- 提升醫療效率及品質
- 提升專業自主性及尊嚴
- 整合醫療服務，促成醫療院所之適當分工與合作

醫院總額支付制度實施之依據

- 法源依據：健保法第四十七條規定：「每年醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定」，同法第五十四條規定：「總額支付制度得分階段實施，日期由主管機關定之。」

世界各國實施總額支付制度之成效

國家	支付制度及成效
加拿大	醫院：支出上限制 醫師費：支出上限制與目標制 優點：費用獲得控制、醫院管理較具效率及成本意識 缺點：醫院在醫療科技的引進及擴建方面受限
德國	醫院：支出上限制，並將其成長率與薪資成長率掛勾 醫師費：支出上限制與目標制；對個別醫師設定服務量的目標，控制費用成長在不超過薪資成長的範圍內 藥品費：1997年以前(支出上限制)；1998年以後(支出目標制)
荷蘭	醫院：個別總額制；以醫院為單位，一家醫院一筆預，可了解那家醫院會出現哪些問題 醫師費：論人計酬制；支付家庭醫師

NHS給英國民眾什麼？

- 英國民眾對他們NHS的滿意度相當低，醫療機構的缺乏效率是原因之一。去年底全英預約（等候）診治開刀的名單高達120萬人，其中有五萬六千人等候已經超過一年。
- 在額度鎖死的情況下，各簽約醫院為了控管成本，紛紛祭出門診限量、調高掛號費、更改藥品、減少收急重症病患等措施，造成民眾看病一號難求、重症病患成「人球」等窘境。

The principal of allocation

- Macroallocation
- congress, government
- Mesoallocation
- Institution, hospital
- Microallocation
hospital staff, individual professionals or even patients

Justice, rights, and societal obligations

- Justice=? Liberty
 - =? Equality
 - =? Rights (to health care)

Macroallocation

- How much of our total economic resources should go to health care and biomedical research?
- How the slice of economic pie should be further cut up
 - Preventive medicine?
 - Research?
 - Developed new tool?
 - For the aged? For the women? For the children?
 - 誰最有影響力
 - 誰最可憐
 - 誰有最多投票權
 - Oregon ranking system 1989

Center for American Progress



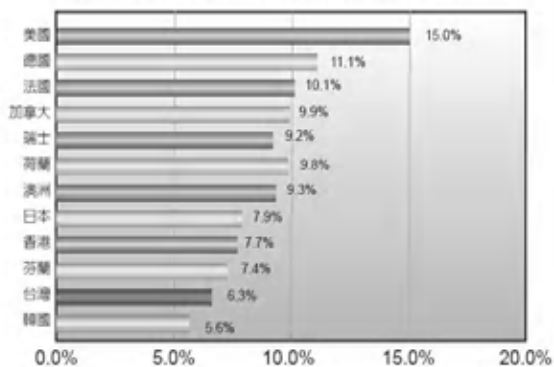
Health Care, the Budget and Morality: A Discussion of National Priorities

January 25, 2005

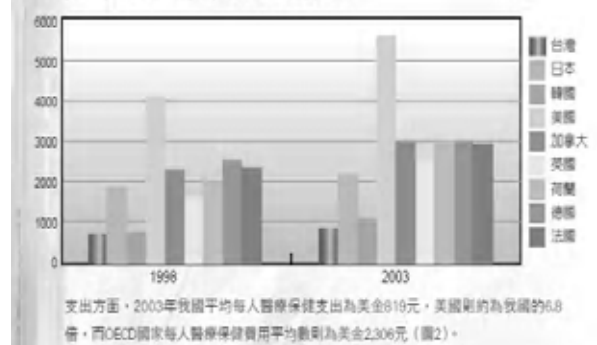
餅為什麼不夠分

- 餅為什麼不能做大
- 分配公不公平
- 藥價是否合理
- 保險制度？福利政策？
- 官僚體系

【圖1】2003年各國醫療費用占GDP比率



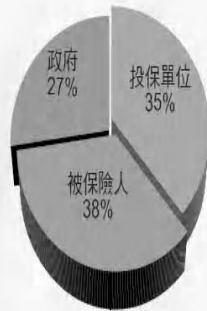
【圖2】平均每人醫療保健支出之國際比較



【表1】歷年健保保費收入及成長率

年別	收入金額 (億元)	成長率 (%)
87	2,588	6.05
88	2,697	4.21
89	2,877	6.70
90	2,901	0.82
91	3,026	4.31
92	3,303	9.17
93	3,435	3.99

【圖1】全民健保保險費收入比



餅為什麼不夠分

- 餅為什麼不能做大
- 分配公不公平
- 藥價是否合理
- 保險制度? 福利政策?
- 官僚體系

現在 與未來

- 老年人口與health care expense不成比率
- 死的過程花費龐大
- With the exception of the birth-control pill, each of the medical- technology interventions developed since 1950s has its most widespread impact on people who are past their fifties

Jerome L. Avorn
Harvard medical school

餅為什麼不夠分

- 餅為什麼不能做大
- 分配公不公平
- 藥價是否合理
- 保險制度? 福利政策?
- 官僚體系

藥廠也是生意人

- 藥廠要向股東們負責
董事會討論的是股價而不是倫理道德與科學

◎為什麼藥廠一定要做大善人? 沒有人要求雷諾
汽車送車子給沒車子的人?

--Bernard Lemoine

藥廠有很高的成本壓力

- 需要不斷的R&D
 - 每1/4000-7000分子才能產出一種藥
 - 專利權的保護
- Generic drug的威脅
- Compulsory licensing
- 藥害發生的理賠
- promotion

“專利”知多少

- 藥品有多少專利？
 - 保護藥品這個化合物的專利
 - Indication 的專利
 - 特定使用方式的專利
 - 製造過程的專利

藥價要多少才合理？

- 自由經濟理論—市場決定藥價
- 健保局 衛生署 藥廠 三方面協調
 - NHS---PPRS
 - NICE: National institute for clinical excellence 1999

餅為什麼不夠分

- 餅為什麼不能做大
- 分配公不公平
- 藥價是否合理
- 保險制度？福利政策？
- 官僚體系

使用者付費的共識

實施部分負擔制度的目的，是為了建立民眾「使用者付費」的觀念，以提醒民眾珍惜醫療資源，自健保開辦至94年6月底，門、急診部分負擔已進行多次調整。為鼓勵民眾小病看社區診所，需要進一步檢查或治療時再轉診到大醫院，自94年7月15日起施行轉診制度，以促使健保資源的有效運用，門診基本部分負擔亦配合修正。

門診基本、藥費及復健傷科部分負擔

西醫門診基本部分負擔按「未轉診」及「轉診」兩種方式計收。民眾若未經轉診直接到醫學中心、區域醫院、地區醫院就醫，就會提高部分負擔；如經轉診則維持原標準。牙醫、中醫不分層級一律計收50元。

另當民眾看病時，如藥費超過一定金額，或是接受2次以上的復健或中醫傷科的治療，都需要繳交部分負擔費用。

住院部分負擔設有上限

民眾若罹患急性、慢性病需要住院時，醫療費用部分負擔一般情況下約為5%~10%；又為減輕民眾負擔，對於急性病房住院30日以下、慢性病房住院180日以下，訂定負擔金額上限，由衛生署每年依法公告。（94年以同一疾病每次住院24,000元、全年累計住院41,000元為上限）

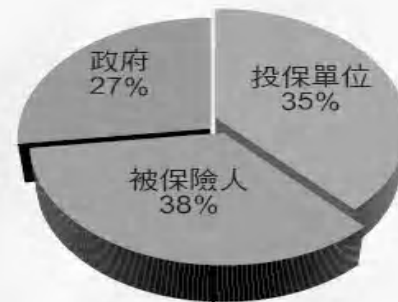
特殊情況得免除部分負擔

為了不讓部分負擔影響某些患者的正常就醫，只要符合全民健康保險法第36條各款情形之一者，如重大傷病、分娩、預防保健、到山地離島地區院所就醫者，及榮民、低收入戶、職業傷病患者、結核病患及3歲以下兒童等已由相關單位支付者，得免部分負擔；身心障礙人士則一律以基本部分負擔50元計收。

- 全民健保既然是社會保險，而社會保險係為維持最低生活水準及滿足人類基本需求而制定的社會福利措施，可是，今日健保局卻超越這種界限，無限地增加給付項目、種類與範圍，而且將大把的鈔票撒在預防醫學的領域與昂貴的檢查、處置或治療上，這種健保財務不出問題也難！



【圖1】全民健保保險費收入比例圖



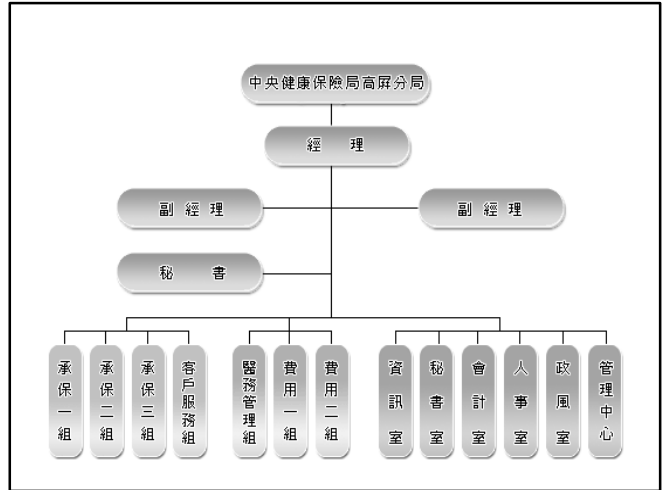
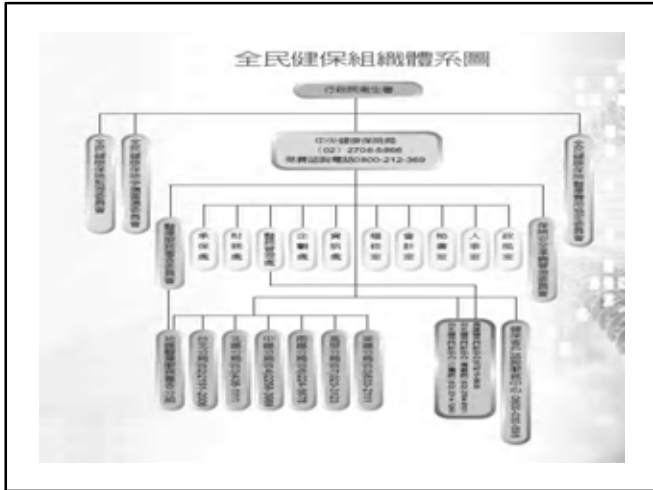
餅為什麼不夠分

- 餅為什麼不能做大
- 分配公不公平
- 藥價是否合理
- 保險制度？福利政策？
- 官僚體系

A large part of the money that should go to human care now goes to profit and increasingly to administrative measures that prevent people from receiving care

The monitoring that reduces choices for both patients and providers requires an expensive and extensive bureaucracy

Pat Armstrong



費用二組 - 8樓
(07)3122749(07)3119539

- 醫學中心、地教醫院、區域醫院、地區醫院費用審核業務。
- 有關受理醫事服務機構申請特約、解約、續約、休診及審查事項。
- 有關特約醫事服務機構基本資料及異動資料建檔、更新、維護事項。
- 有關事前審查案件事項。
- 有關特約醫事服務機構之輔導及管理事項。

費用一組 - 4樓
(07)3122404(07)3159620

- 基層院所(含中、西、牙)之門住診費用及藥局、居家照護費用之審核。
- 有關受理醫事服務機構申請特約、解約、續約、休診及審查事項。
- 有關特約醫事服務機構基本資料及異動資料建檔、更新、維護事項。
- 有關特約醫事服務機構之輔導及管理事項。
- 有關事前審查案件事項。

醫務管理組 - 5樓
(07)3232891(07)3159587

- 醫務行政事項。
- 有關特約醫事服務機構之查核、訪查事項。
- 醫療檢舉案件之處理。
- 山地離島IDS專案。
- 推動疾病管理專案。

The principles of microallocation

- Ethics
- law
- Policy
- Empirical study

Justice

- The fair chance vs best outcome
- The priority
- The aggregation
- The democracy

Four unsolved rationing problems
- Daniels N 1994

“Physicians are required to do everything that they believe may benefit each patient without regard to cost or other social consideration “

The doctor’s master
-Levinsky NG 1984

“The physician’s obligations to the patient can no longer be a single-minded, unequivocal commitment but rather must reflect a balancing. Patients’ interests must be weighted against the legitimate competing claims of other patients, of prayers, of society as a whole, and sometimes even of the physician himself”

Balancing act: the new medical ethics of
medicine’s new economics
-Morreim 1995

Law

Courts have been extremely reluctant to become involved in how physicians, hospitals and health authorities use their resources, the legal review of individual decision involving resource allocation is improbable.

Difficult and agonizing judgements have to be made as to how a limited budget is best allocated to the maximum advantage of the maximum number of patients. That is not a judgement which the court can make”

Sir Thomas Bingham MR

Law

Although there is no liability for making a decision that proves to be wrong, there may be liability for making a decision wrongly

Whitehouse Jordan 1981

Microallocation

- 老病人優先 新病人掛不到號
- 3, 6, 9, 12月不能生病
- 擇輕症 棄重症
- 新的” 醫療特權階級”

What can we follow

- Follow EBM
- Seek test or treatment for the least cost.
- Avoid manipulating the system to gain unfair advantage to your own patient.
- Inform your patients of the impact of cost constrain, but don't blame the government.

"Medicine in the care of aged should be that of improving the quality of their life, not in seeking way to extend that life"

Daniel Callahan

When we are forced to make painful allocation choice:

" Evasion, disguise, temporizing, and averting our eyes enable us to save some lives even when we will not save all"

Guido Calabresi, Dean of
Yale law school

謝謝聆聽