

美國馬里蘭州

醫療總額預算的經驗

撰文◎教學研究部醫師 王炯理



在2014年美國的馬里蘭州（Maryland）做了一個很重要的健保實驗，兩大醫療保險給付公司Medicare®和Medicaid®, 和州內所有的醫院及診所共同協商，給予比2013年多3.58%的給付成長，但這總額預算是固定的，不管2014年裡，馬里蘭州州內發生怎樣的天災人禍或是重大的健康災難，就是給固定的錢。所有的醫院和診所都拿到固定的錢，讓他們用有限的資源去照顧民眾的健康，所以醫療照護的品質就是決定利潤的最大關鍵了！



舉例來說，一個74歲患有糖尿病和高血壓的歐巴桑，如果醫院可以好好提供給病人優良的健康照護、營養調理，並且提高病人服藥的順從度，這樣病人就比較不會因糖尿病和高血壓的併發症，例如糖尿病足、腎臟發炎、心臟病等原因而住院，在美國住院是超級昂貴的，所以若能減少住院醫療支出，剩下的盈餘就可以回饋到醫療提供者身上。

在過去醫療市場的給付，美國和臺灣都一樣是「論件計酬」的制度，舉例說明，如果看一個病人有70元的收入，看100個病人就是7,000元的收入，所以各大醫院和醫師都拚命地衝「量」，更弔詭的是醫術不好的醫師反而會賺更多錢，理由是相同的病情，有些醫師看2次就會好，但有些醫師卻要看5次才會好，造成醫術較差的醫師收入，反而是醫術較好醫師的2.5倍，這樣不是很可笑嗎？

所以總額預算加上品質導向的原則，的確可以控制不必要的醫療浪費。而馬里蘭州的確實做到了，他們的年成長是1.47%，比原本預測的3.58%，真的少了很多。



這一切看似非常美好，但是背後有個數據卻很令人驚訝，就是馬里蘭州病人的就醫經驗滿意分數在全美排名最低。雖然報告中並未說明原因為何，但依筆者的臨床常識判斷，可能有幾個原因：一、要花費許多醫療資源的重症病人可能會變成人球，因為照顧這樣一個病人，相對而言收益是較低的，所以產生了醫療資源排擠效應；二、付不出保險的經濟弱勢病人沒人要照顧，道理很簡單，醫療終究不是慈善事業，醫院必須自負盈虧，因此醫院或診所只願意提供保險公司所核定的服務範圍；三、當病患和家屬希望接受較好的醫療照顧時，可能需要自費或轉到其他州治療，這的確會造成就醫便利性的下降。

不過話說回來，總額預算和論「質」計酬的醫療給付方式，在未來可能是個趨勢，在臺灣一些地方也在試行，但要成功並不容易。舉例來說，如果健保署1年給付恩主公醫院20億的預算，請恩主公醫院負責照顧三峽、鶯歌地區20萬人口的健康問題，問題是這20萬的人真的就乖乖地只來恩主公醫院看病嗎？如果不行的話，這制度就不易成功。⊕



參考文獻：

Patel, Ankit, et al. "Maryland's Global Hospital Budgets--Preliminary Results from an All-Payer Model." *The New England journal of medicine* 373.20 (2015): 1899-1901.