

# 西醫基層診所實施總額預算前後之價量變化 —以臺灣北部地區西醫基層診所為例

張益誠<sup>1</sup> 廖宏恩<sup>2,\*</sup>

YI-CHENG CHANG<sup>1</sup>, HUNG-EN LIAO<sup>2,\*</sup>

1 中央健康保險局台北分局研考小組

Team of Evaluation & Development Taipei Branch Bureau National Health Insurance.

2 臺北醫學大學醫務管理學研究所，臺北市信義區110吳興街250號

Graduate Institute of Health Care Administration, Taipei Medical University.

No. 250, Wushing St., Taipei, Taiwan 110, R.O.C.

\* 通訊作者Correspondence author. E-mail: heliao@tmu.edu.tw

**目標：**本研究主要目的在探討西醫基層總額支付制度實施前後對其醫療費用之初期影響。方法：利用健保局台北分局轄區台北縣市、基隆市、宜蘭縣基層西醫診所「門診醫療費用申報檔」，比較其在89及90年下半年申報費用與件數的變化。**結果：**總額制度實施半年之後：一、西醫基層診所申請件數顯著下降，單位價格顯著增加。二、預防保健及慢性病等鼓勵部門申請件數和點數顯著增加，上限制部門申請件數及點數顯著減少。三、複迴歸分析顯示，縣市別、城鄉別及權屬別是影響基層診所醫療費用變化的因素。**結論：**基層總額支付制度實施初期的確對基層西醫診所申請醫療費用的行為產生一定程度之影響，但由於總額實施時間未久，本研究僅能分析短期變化情形。在推行醫院總額支付制度前，建議衛生主管機關應持續追蹤監測，並建立點值速算機制，和評估基層診所與醫院合作模式，以瞭解醫師醫療行為或醫院管理模式的改變，是否會影響到民眾就醫的可近性與醫療服務的適當性及品質。(台灣衛誌 2002；21(5)：363-372)

**關鍵詞：**總額支付制度、保險申報、基層醫療、全民健康保險。

## The effect of the global budget on the western medicine clinics price and utilization - case of western medicine clinics in the northern Taiwan

**Objective:** The aim of this research is to explore the initial impacts of the Global Budget Scheme on the medical claims among primary Western physician clinics. **Methods:** Outpatient Medical Expenditure Data file is employed to compare the changes in medical claims among primary Western physician clinics in the same half year before (i.e., 2000/07) and after (i.e., 2001/07) the Global Budget Scheme was inaugurated. **Results:** 1. Six months after launching the Global Budget Scheme, the number of cases claimed from primary Western physician clinics dropped sharply with a significant increase in unit price. 2. The number of medical claims categorized in encouraged groups such as preventive health services and chronic diseases increased dramatically, while that in the other categories with expenditure cap appeared to decrease. 3. Our regression model showed that the type of cities, type of townships, and the type of clinics ownerships are significant factors influencing the results of decreasing medical claims and an increasing unit price index. **Conclusions:** The behaviors of clinical physicians reflecting on the changes of Medical Claims were indeed influenced by the implementation of the Global Budget Scheme. Since our findings were confined to the initial impacts of the Global Budget Scheme, it is suggested that the authority continues to monitor the trend to analyze the extent to which patient's accessibility and medical quality would be influenced in the long run. In addition, before implementing the Global Budget Scheme on hospitals, the authority should establish an automatic unit-price response mechanism. For the health industry, it is suggested that the health administration should re-think the appropriate co-operative model between hospitals and primary clinics. (Taiwan J Public Health. 2002;21(5):363-372)

**Key words:** Global Budget Scheme, Medical Claims, Primary Care, National Health Insurance.

## 前言

全民健保開辦初期，醫療費用主要採用論量計酬的支付方式，由於缺乏醫療服務提供者分擔財務風險的誘因，致使醫療費用支出節節高漲，從全民健保開辦截至八十九年十二月，醫療費用年平均成長率8.8%，遠高於保費收入年平均成長率4.4%，形成健保財務「入不敷出」的情形。[1]而論量計酬的支付方式對醫療供給面亦造成醫療資源配置受到扭曲，如醫療科別生態失衡，醫療體系間無法整合、醫療專業自主性受限及變相鼓勵分段多次就診等影響。[2]

相同問題下，若干國家以實施總額支付制度來控制醫療費用，其成效相當顯著，如加拿大在1961年首先實施總額制度，醫師費佔國內生產毛額(GDP)比重由1.65%下降至1.10%，每人每年醫療支出成長率僅0.5%，遠小於過去10年平均4%成長率。德國在實施總額預算前1970年至1975年醫療費用上漲率高達20%。在實施前的1970年至1978年，醫療費用佔GDP比率增加至7.3%，增加1.8%，實施總額後1980年至1987年，僅增加0.3%。[3-8]

然而為了避免健保財務「入不敷出」的情形發生，健保局積極著手改革支付制度，已於民國八十七年及八十九年的七月分別推動牙醫及中醫總額支付制度。因總額支付制度具有協商機制，利於解決「資源有限」的基本問題，以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突；並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決資源分配不均的問題，促使保險人與醫療供給者共同分擔健康保險的財務風險。從相關研究顯示，牙醫總額制度實施後一年，牙醫總費用及價格顯著增加，數量及價格受到科別、是否總額預算、健保分局別、城鄉別及權屬別影響[9-11]。

我國牙醫師公會全國聯合會亦指出牙醫總額制度實施後二年，口腔保健執行率增加29.08%，根管治療完成率由70%增加至82%，補牙重複率由5.0%降至1.0%。顯示總

額制度實施後，牙科的預防保健確有提升，醫療重複的情形有所減少[12]。

為了進一步控制醫療費用、提升醫療專業自主，有效分配資源，中央健保局開始推廣總額支付制度至西醫醫療院所，並於九十年七月開始實施西醫基層總額支付制度。本研究試分析西醫診所在基層總額支付制度實施前後健保申報資料，探討總額制度對其醫療費用量價之影響，以作為未來實施醫院總額制度參考。

## 材料與方法

### 一、研究設計

- (一) 研究期間：本研究比較台北縣市、基隆市、宜蘭縣地區基層西醫診所八十九年下半年(實施前)，與九十年下半年(實施後)門診醫療費用的差異，並以上述期間同屬西醫部門的醫院西醫門診申報資料為對照組。另參考對照八十八年下半年與八十九年下半年基層西醫診所門診申報資料。
- (二) 資料來源：中央健康保險局台北分局門診醫療費用申報檔。

### 二、變項定義

- (一) 自變項—西醫基層總額制度實施
- (二) 應變項—西醫基層診所醫療費用差異：
  1. 申請件數：為健保特約西醫基層診所申報之醫事服務案件數。
  2. 申請點數：為健保特約診所每月申報之健保申請點數。
  3. 價格：為健保申請點數除以申請件數。(每點以一元估計)
- (三) 控制變項
  1. 診所縣市別：分為台北縣市、基隆市及宜蘭縣等四類。
  2. 診所城鄉別：分為直轄市、省轄市、縣轄市、鎮及鄉五個層級。
  3. 診所權屬別：依健保局特約分類其權屬別，分為公立與私立診所兩大類。

投稿日期：91年7月11日

接受日期：92年1月6日

### 三、資料分析

本研究利用SPSS統計軟體，依據研究目的及設計進行下列統計分析：

- (一) 配對T檢定：檢定總額支付制度前後基層西醫診所在醫療費用的變化情形。
- (二) 變異數分析與薛費氏事後檢定：瞭解不同縣市別診所醫療費用的變化情形。在顯著差異下進行薛費氏事後檢定，找出有顯著影響的類別。
- (三) 複迴歸分析：以控制變項、申請件數及開藥天數為自變項，分別以申請件數、申請點數為應變項，進行複迴歸分析，以瞭解自變項對應變項之影響程度。

### 四、研究限制

#### (一) 研究地理範圍的限制

本研究範圍僅限於台灣北部地區，醫療資源相對充裕，診所競爭壓力比起中、南部更高，研究結果不一定能推論至全國。且北部縣市交通便利，工作人口集中，跨區就醫比其他地區更易發生，但限於缺乏需求面資料無法排除，可能造成分析結果上的誤差。

#### (二) 對照組的可比較性

本研究對照組為同屬西醫部門的醫院，但是醫院案件病情複雜度比西醫診所高，適用的支付項目也較多，可比較性仍待商榷。

#### (三) 費用分析資料的限制

本研究費用分析資料為「中央健康保險局台北分局門診醫療費用申報檔」，屬次級資料，資料的完整性及正確性非本研究所能完全控制。

## 結 果

### 一、總額制度實施前後整體醫療費用變化情形

本研究利用配對T檢定比較八十九年下半年(實施前)，與九十年下半年(實施後)門診醫療費用的差異。如表一顯示總額預算實施後，平均每家西醫診所半年申請件數減少467.66件，價格增加22.64元/件，達到統計上顯著差異；每家診所平均申請點數減少

1402.14點，未達到統計上顯著差異。往前追溯西醫診所在總額實施前一年情形，八十九年下半年申請件數及點數比八十八年下半年顯著減少；惟價格增加未達到顯著差異。

對照組西醫醫院在總額預算實施後申請件數及申請點數增加均達到統計上顯著差異；惟價格增加90.66元未達到統計上顯著差異。往前追溯醫院部分，在八十九年下半年比八十八年下半年申請件數、申請點數及價格均無顯著變化。

綜合以上結果顯示，基層總額預算實施後，西醫基層診所件數仍維持89年趨勢持續減少，申請點數卻由顯著下降變為不再減少，明顯有別於對照組西醫醫院申請件數和點數由89年無明顯差異變化為顯著增加。由於總額後西醫診所件數減少、申請點數不變，價格由無差異變為顯著增加，其申請點數的成長應為價格的增加所致。而西醫醫院件數、點數同步顯著增加，價格連續兩年維持無變化，其申請點數的成長應為件數增加所致。

### 二、西醫基層診所案件類別變化分析

如表二顯示，扣除居家照護、精神疾病社區復健等不在總額預算範圍部門，總額預算範圍之醫療費用在總額實施後申報件數2341.6萬人次，比起實施前減少4.09%，達到統計上顯著差異；向健保申請點數88.82億點，與實施前88.83億點差異未達顯著。

其中上限制部門在不含洗腎費用情形下，總額實施後申請件數及點數減少均達顯著差異。扣除藥費及藥事費，申請點數僅減少0.01%，未達顯著差異。從上限制部門申請點數減少3.44%或扣除藥費部門後減少0.01%看來，均比原先協定西醫基層醫療費用成長率3.727%低，顯示實施總額預算前半年，基層診所醫師收入將比未實施總額預算增加，而且就醫人次減少幅度超過申請點數，每點點值應可超出每點一元。

分析其他部門在總額實施後之差異情形，鼓勵項目的預防保健部門件數、申請點數比起總額實施前顯著增加。其中預防保健案件的申請點數，老人流感疫苗接種件數及

表一 總額預算前後醫療機構申請費用配對T檢定結果

	88年	89年	90年	89	88變化	90	89變化
<b>西醫診所</b>							
申請件數	10591.43	10223.42	9755.76	-368.01**		-467.66**	
申請點數(仟點)	3823.94	3712.60	3711.20	-111.34**		-1.40	
價格	831.97	859.56	882.19	27.59		22.64**	
<b>西醫醫院</b>							
申請件數	121054.43	121989.19	127911.68	934.76		5922.50**	
申請點數(仟點)	140230.69	141693.80	151280.25	1463.11		9586.46**	
價格	998.52	939.75	1030.41	-58.77		90.66	

註：\*P&lt;0.05；\*\*P&lt;0.01。

表二 台灣北部地區89年下半年及90年下半年西醫基層案件類別申報情形

總額部門別	案件名稱	件 數				申請點數(仟點)				申請點數 成長率	T值
		89年7	12月	90年7	12月	件數成長率	T值	89年7	12月	90年7	12月
上限制部門D2	01西醫一般	16,554,953	15,261,953	-7.81%	-9.308**			2,514,032	2,515,320	0.05%	-2.712**
	02西醫急診	3,556	4,058	14.12%	1.394			3,093	3,591	16.11%	2.199*
	09西醫其他專案	5,844,076	5,693,420	-2.58%	-1.690			1,602,047	1,599,389	-0.17%	-2.112*
	其他案件	2,552	2,503	-1.92%	NA			5,039	5,502	9.19%	NA
	小計	22,405,137	20,961,934	-6.44%				4,124,212	4,123,803	-0.01%	
	藥費							2,069,811	1,875,438	-9.39%	
	藥事服務費							380,013	348,832	-8.21%	
	小計							2,449,824	2,224,270	-9.21%	
	D2部份合計	22,405,137	20,961,934	-6.44%	-7.471**			6,574,036	6,348,073	-3.44%	-3.260**
	05洗腎	18,691	19,156	2.49%	2.035*			911,055	940,294	3.21%	2.090*
目標制部門C1	A3預防保健	550,508	610,950	10.98%	0.592			156,737	209,382	33.59%	4.721**
	D2老人流感疫苗	68,683	172,955	151.82%	8.760**			7,033	17,373	147.03%	8.640**
	小計	619,191	783,905	26.60%	3.341**			163,769	226,755	38.46%	5.908**
目標制部門C2	03西醫門診術	26,769	32,702	22.16%	1.811			59,190	68,465	15.67%	0.907
	C1論病例計酬	6,770	7,123	5.21%	0.196			156,431	164,756	5.32%	0.207
	小計	33,539	39,825	18.74%	1.757			215,621	233,221	8.16%	0.415
目標制部門C3	04西醫慢性病	1,304,147	1,570,596	20.43%	3.399**			979,981	1,091,028	11.33%	1.482
	08慢性病連續處方調劑	30,568	37,600	23.00%	2.751**			34,071	38,833	13.98%	2.961**
	06結核病	3,021	2,871	-4.97%	0.261			4,122	4,157	0.85%	0.062
	小計	1,337,736	1,611,067	20.43%	3.501**			1,018,174	1,134,018	11.38%	1.549
總額預算合計D1+D2+C1+C2+C3		24,414,294	23,415,887	-4.09%	-5.513**			8,882,655	8,882,361	0.00%	-0.077

註1：\*P&lt;0.05；\*\*P&lt;0.01。

註2：配對T檢定診所代號前後相同始列入。



申請點數均顯著增加。門診手術及論病例計酬項目申請件數及點數比起總額前增加，但是未達統計上顯著差異。慢性病部門申請件數顯著增加，其中慢性病連續處方調劑案件數、申請點數及慢性病案件數均顯著增加。

### 三、西醫基層診所地區別及權屬別變化情形分析

比較總額預算實施前後地區別及公私立權屬別醫療費用變化情形。如表三顯示，縣市別方面，台北市、基隆市、宜蘭縣申請件數顯著減少。台北縣的診所總額預算後除了件數未明顯增加外，在申請點數及價格上均呈現顯著增加。基隆市申請點數及件數均顯著減少。

城鄉別方面，直轄市、省轄市、鎮申請件數顯著減少。價格在省轄市、縣轄市及鎮顯著增加。其中縣轄市的診所總額預算後除了件數未明顯增加外，在申請點數及價格上均呈現顯著增加。鎮的診所申請點數及件數均顯著減少，其價格的增加應為件數減少幅度超過點數減少。另外鄉在件數、申請點數及價格均無顯著變化。此分析結果與前述縣市別分析結果大致相同，因縣轄市診所多集中在台北縣，整體價格的增加推論應為在台北縣尤其是縣轄市的診所申請點數顯著增加所致，而整體診所件數減少應為台北市、基隆市、宜蘭縣尤其鎮之診所件數顯著減少所致。

診所屬性方面，公立診所除申請件數顯著增加外，申請點數、價格均未達統計上顯著差異。私立診所申請件數顯著減少530.80件，價格增加24.09元，達統計上顯著差異。與整體診所變化幅度相近，且私立診所數佔整體診所數96%，故整體診所的變化主要受到私立診所影響所致。

### 四、西醫基層診所縣市別間診所之多變量分析

經變異數分析結果發現，總額制度實施前後申請件數在縣市別間均有顯著差異( $P = 0.04$ ,  $P = 0.00$ )，但是申請點數和價格經統計結果發現縣市別間未有統計上顯著差異。(申

請點數 $P = 0.62$ ,  $P = 0.20$ ；價格 $P = 0.46$ ,  $P = 0.44$ )

針對縣市別間申請件數差異，以Scheffe's事後檢定發現總額前台北縣市、基隆市及宜蘭縣彼此間申請件數差異並不顯著。但是總額實施後，台北縣對台北市、基隆市申請件數的差距卻達到統計上顯著差異，顯示總額實施後縣市別的差異變大(如表四)。綜上，縣市別的差異變大的原因在總額後若干縣市申請件數顯著減少，且可能與醫師團體群體行為或醫師自我制約減少看診時間，或來自該地區其他醫療機構競爭及當地居民就醫習性有關。

### 五、複迴歸分析結果

#### (一) 申請件數之複迴歸模式

申請件數 =  $892.28 - 455.55 \times \text{總額預算後} - 365.96 \times \text{基隆市} - 1648.71 \times \text{宜蘭縣} + 1719.77 \times \text{鎮} + 1148.28 \times \text{縣轄市} - 871.20 \times \text{直轄市} + 6461.27 \times \text{私立診所} + 0.07 \times \text{開藥天數}$

由表五的結果顯示申請件數受到是否總額預算、縣市別、城鄉別、權屬別及開藥天數影響，迴歸模式解釋力達65.8%。其中總額預算實施後比實施前減少455.55件，達到統計上顯著意義。縣市別方面，宜蘭縣診所較台北市診所減少1648.71件，達到顯著差異；基隆市診所較台北市診所減少365.96件，未達顯著差異。城鄉別方面，鎮之診所較非鄉之診所高出1719.77件，縣轄市之診所較鄉之診所高出1148.28件，均達到統計上顯著意義。直轄市診所較鄉之診所少871.20件，但未達顯著差異。私立診所較公立診所多出6461.27件，達到統計上顯著意義。另外每增加開藥天數一天，件數增加0.07件，亦達到統計上顯著意義。

#### (二) 申請點數之複迴歸模式

申請點數 =  $-184808.90 + 64748.54 \times \text{總額預算後} - 744758.11 \times \text{宜蘭縣} - 735829.75 \times \text{台北縣} + 134150.79 \times \text{鎮} + 613229.61 \times \text{縣轄市} - 445208.67 \times \text{省轄市} + 975368.94 \times \text{私立診所} + 46.01 \times \text{開藥天數} + 125.14 \times \text{申請件數}$

由表五的結果顯示申請點數受到是否總

表三 總額預算前後縣市別、城鄉別及屬性配對T檢定結果

	變 項	N	平均值差	標準差	T值
<b>縣市別</b>					
台北市	申請件數	845	-549.67	2362.92	-6.762**
	申請點數	845	-3660.89	1654888.14	-0.064
	價格	845	14.32	243.81	1.708
基隆市	申請件數	147	-1839.82	2563.49	-8.702**
	申請點數	147	-509647.09	999764.81	-6.181**
	價格	147	23.70	139.87	2.054*
宜蘭縣	申請件數	185	-1287.59	2138.77	-8.188**
	申請點數	185	-265558.30	1162419.70	-3.107**
	價格	185	-41.44	663.58	-0.849
台北縣	申請件數	1116	-88.90	2776.45	-1.070
	申請點數	1116	111043.68	1150795.90	3.223**
	價格	1116	39.42	334.90	3.932**
<b>城鄉別</b>					
直轄市	申請件數	845	-549.67	2362.92	-6.762**
	申請點數	845	-3660.89	1654888.14	-0.064
	價格	845	14.32	243.81	1.708
省轄市	申請件數	147	-1839.82	2563.49	-8.702**
	申請點數	147	-509647.09	999764.81	-6.181**
	價格	147	23.70	139.87	2.054*
縣轄市	申請件數	995	-156.87	2828.84	-1.749
	申請點數	995	104430.40	1214074.40	2.713**
	價格	995	32.41	454.56	2.249*
鎮	申請件數	170	-858.87	2520.04	-4.444**
	申請點數	170	-186216.89	1037036.82	-2.341*
	價格	170	16.83	66.86	3.283**
鄉	申請件數	136	-259.78	2047.16	-1.480
	申請點數	136	18713.84	809134.29	0.270
	價格	136	8.92	81.12	1.283
<b>權屬別</b>					
公立診所	申請件數	93	1026.02	1972.24	5.017**
	申請點數	93	62282.67	1563500.40	0.384
	價格	93	-11.65	102.85	-1.093
私立診所	申請件數	2200	-530.80	2620.58	-9.501**
	申請點數	2200	-4094.27	1352463.19	-0.142
	價格	2200	24.09	343.29	3.291**

註：\*P&lt;0.05；\*\*P&lt;0.01。



表四 總額預算前後申請件數縣市別事後比較

	縣市別	縣市別	平均值差	標準誤	P值
總額前	台北市	基隆市	143.66	1094.92	0.999
		台北縣	-1478.64	558.72	0.072
		宜蘭縣	-325.88	994.53	0.991
	基隆市	台北市	-143.66	1094.92	0.999
		台北縣	-1622.30	1075.04	0.517
		宜蘭縣	-469.55	1353.75	0.989
	台北縣	台北市	1478.64	558.72	0.072
		基隆市	1622.30	1075.04	0.517
		宜蘭縣	1152.75	972.60	0.704
	宜蘭縣	台北市	325.88	994.53	0.991
		基隆市	469.55	1353.75	0.989
		台北縣	-1152.75	972.60	0.704
總額後	台北市	基隆市	1433.81	1092.96	0.632
		台北縣	-1939.41**	557.72	0.007
		宜蘭縣	412.04	992.75	0.982
	基隆市	台北市	-1433.81	1092.96	0.632
		台北縣	-3373.21*	1073.11	0.020
		宜蘭縣	-1021.77	1351.32	0.903
	台北縣	台北市	1939.41**	557.72	0.007
		基隆市	3373.21*	1073.11	0.020
		宜蘭縣	2351.44	970.86	0.119
	宜蘭縣	台北市	-412.04	992.75	0.982
		基隆市	1021.77	1351.32	0.903
		台北縣	-2351.44	970.86	0.119

註：\*P&lt;0.05；\*\*P&lt;0.01。

表五 申請件數及申請點數影響因素之複迴歸分析結果

變項	申請件數Beta值	申請點數Beta值
樣本數	2293	2293
R Square	0.658	0.795
Adj. R Square	0.657	0.794
F值	1100.568**	1966.317**
截距	892.28	-184808.90
總額預算別	-455.55*	64748.54
縣市別		
台北市	參考組	參考組
基隆市	-365.96	n.a.
宜蘭縣	-1648.71**	-744758.11*
台北縣	n.a.	-735829.75**
城鄉別		
鄉	參考組	參考組
鎮	1719.77**	134150.79
縣轄市	1148.28*	613229.61*
省轄市	n.a.	-445208.67
直轄市	-871.20	n.a.
權屬別		
公立	參考組	參考組
私立	6461.27**	975368.94**
開藥天數	0.07**	46.01**
申請件數	n.a.	125.14**

註1：\* $P < 0.05$ ；\*\* $P < 0.01$ 。

註2：n.a.代表non-applicable。

額預算、縣市別、城鄉別、權屬別、開藥天數及申請件數影響，迴歸模式解釋力達79.5%。其中總額預算實施後比實施前高出64748.54點，未達到統計上顯著意義。縣市別方面，宜蘭縣診所較台北市診所減少744758.11點，台北縣診所較台北市診所減少735829.75點，均達到統計顯著差異。城鄉別方面，縣轄市之診所較鄉之診所高出613229.61點，達到統計顯著差異。鎮之診所較鄉之診所高出134150.79點，省轄市之診所較鄉之診所減少445208.67點，均未達到統計上顯著意義。私立診所較公立診所多出975368.94點，達到統計上顯著意義。另外每增加開藥天數一天，申請點數增加46.01點；每增加件數一件，申請點數增加125.14點，

均達到統計上顯著意義。

## 討 論

一、基層總額預算後，西醫基層診所的價格顯著增加，申請件數與點數減少

價格增加結果與牙醫總額制度實施後結果相同。但是申請件數與申請點數反而呈現減少情形，與牙醫總額實施後申請件數及點數明顯增加結果不同[10-13]。基層總額實施後，西醫診所件數仍持續減少，價格卻明顯增加，致申請點數不再減少，有別於件數的增加為西醫醫院費用成長的原因。西醫診所價格的增加與件數的減少是否為總額制度影



響，依據經濟學供給需求理論，在醫療供給面有資訊不對稱及誘因問題，醫師為達到預期收入可能會採取增加服務量或選擇較高的服務項目。根據給基層診所協定的每人每次3.727%成長率，已較診所逐年下滑的醫療費用來的佳，故診所醫師未選擇積極增加服務量來達到預期收入。然而尚未實施總額的醫院，為因應即將實施的醫院總額制度，採取延長門診時間、加強行銷等方式衡量產生對病人的拉力，配合西醫診所未積極增加服務量的推力，致使件數顯著下降。

由於醫院件數增加對西醫診所就醫人次產生排擠，但是診所醫師價格增加的行為使申請點數不致隨著件數而減少，加上事先協定每人醫療費用3.727%成長率，將使西醫診所每點點值比總額實施前明顯增加，醫師總體收入應比未實施總額制度增加。但是相關點值核算複雜，在基層總額實施半年後仍未確定，若是推動醫院總額將嚴重影響醫院資金運用，值得主管機關重視。

## 二、基層診所鼓勵項目申請件數和點數大幅增加，上限制部門申請件數及點數顯著減少

西醫基層診所預防保健、慢性病部門等鼓勵項目申請件數和點數大幅增加，慢性病連續處方調劑案件數及點數亦顯著成長，上限制部門(如簡表案件)申請件數及點數顯著減少，顯示推動總額支付制度希望基層診所加強推動促進民眾健康，扮演健康守門人(gatekeeper)的角色，減少分段多次治療行為，及有助於醫療資源合理分配運用，已造成政策引導基層醫師行為的初步顯現效果。

## 三、縣市別、城鄉別及權屬別是影響基層診所醫療費用變化的因素

基層總額實施後，西醫基層診所件數減少為台北市、基隆市、宜蘭縣診所申請件數減少所致。價格的增加為台北縣，尤其是縣轄市的診所申請點數及價格增加有關。在權屬別方面，件數減少及價格增加與私立診所的影響有關。

其中台北縣診所申請點數與價格均顯著

增加，可能是該縣基層診所家數多競爭較激烈，加上醫院的強力競爭，醫師較難增加其服務量，僅能在每次服務選擇較高服務項目或較高單價品項等行為增加其收入，與牙醫總額實施初期點數及價格的成長高於量的成長結果相同[10-11]。

另外發現總額實施後縣市別的差異變大，與牙醫總額研究結果相同[10]，原因在總額後基隆市與台北市申請件數顯著減少，但是台北市申請點數卻未隨之減少，可能與醫師團體群體行為或醫師自我制約減少看診時間，或來自該地區其他醫療機構競爭及當地居民就醫習性有關。

根據迴歸分析結果顯示申請件數與申請點數，受到是否總額預算、縣市別、城鄉別、權屬別、開藥天數及申請件數影響，迴歸模式解釋力分別達65.8%及79.5%。換言之，實施總額預算與不同縣市、城鄉及權屬別間的差異，是造成西醫基層診所申請件數及申請點數變化的原因。

最後，根據本研究結果，建議衛生主管機關應持續追蹤監測，和評估基層診所與醫院合作模式，以瞭解醫師醫療行為或醫院管理模式的改變，是否會影響到民眾就醫的可近性與醫療服務的適當性及品質。另外，在推行醫院總額制度前，應建立點值速算機制，以評估醫療服務的適當性。

## 致 謝

本研究獲得中央健康保險局台北分局提供相關資料協助，得以順利完成，謹致謝忱。

## 參考文獻

1. 中央健康保險局：中央健康保險局統計數據，2001。URL: [http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro\\_file/1-2.xls](http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_file/1-2.xls)
2. 李玉春：西醫基層總額支付制度研議方案。台北：行政院衛生署西醫基層總額支付制度研討會，2001。
3. Schneider M. Health care cost containment in the Federal Republic of Germany. Health

- Care Financing Review 1991;**12**:87-101.
4. Jeremy W, Hurst. Reforming Health Care in Seven European Nations. Health Affairs 1991;**Fall**:8-21.
5. Kirkman-Liff BL. Health insurance values and implementation in the Federal Republic of Germany- An alternative path to universal coverage. JAMA 1991;**265**:496-502.
6. Brenner G, Rublee D. A. The 1987 Revision of Physician Fees Health in Germany. Health Affairs 1991;**Fall**:147-56.
7. Ross M, Willer B. Primary Care and Medical Education. Medical Care 1982;**20**:235-41.
8. 李玉春：總額支付制度之國際經驗。台北：總額支付制度研討會會議，1999。
9. 李玉春、蘇春蘭：總額預算制度之設計。台北：行政院衛生署八十一年度委託研究計畫，1992。
10. 廖翊舒：牙科總額制度對醫療價量之影響。台北：國立陽明大學醫管所碩士論文，2000。
11. 蕭秀如：牙科總額支付制度試辦計畫效果之初探—以中央健康保險局台北分局轄區範圍內之牙科醫療院所為例。台北：國立陽明大學醫管所碩士論文，1998。
12. 陳時中：牙醫門診總額支付制度之推動經驗。台北：行政院衛生署西醫基層總額支付制度研討會，2001。
13. 陳秀熙：牙醫門診總額預算實施前後費用結構及服務量之改變。台北：行政院衛生署費用協定委員會八十八年度委託研究計畫，2000。