

計畫編號：DOH93-CA-1001



行政院衛生署九十三年度補助研究計畫

如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究

研究報告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持：李卓倫

協同主持：林妍如、林霖、張世杰

研究助理：孫佳鳳

執行期限：93年4月29日至93年12月31日

本研究報告僅供參考用，不代表本署意見

目 錄

中文摘要	i
英文摘要	iii
第一章 前言及分析架構	1
第一節 背景分析與試擬方案	1
第二節 醫療資源配給與醫療費用控制	5
第三節 規範性分析的預設原則	12
第二章 由基層總額改革落實分級醫療	16
第一節 台灣的醫療體系改革現況	16
第二節 建立家庭醫師制度之國際經驗	18
第三節 建立由基層醫療主導的醫療體系	23
第四節 對台灣當前總額政策的建議	35
第三章 由醫院總額改革落實分級醫療	44
第一節 台灣醫院分級制度的現行困境	44
第二節 台灣醫院業者對現階段政策的因應與建議	47
第三節 支付基準改革與共治管理規劃	51
第四節 醫院系統規劃的效率議題與國際經驗	58
第五節 對台灣當前總額政策的建議	64
第四章 由藥費總額改革落實分級醫療	69
第一節 德國藥費總額實施評估	69
第二節 英國藥費總額實施評估	76
第三節 台灣的藥費支出與分布	80
第四節 對台灣當前總額政策的建議	93
第五章 評估結果與政策建議	101
第一節 支付單位改革	101
第二節 對台灣當前總額政策的建議	107
第三節 各類調控對資源配置的可能影響	115
參考資料	120
附錄 座談會會議記錄	127

第一章 前言及分析架構

本研究報告擬分以下章節陳述。第一章為前言及分析架構，重點在描述評估各方案的依據；第二章描述方案一，將重點擺在改革基層醫療的內容；第三章描述方案二，重點為台灣醫院總額現行制度的改革經驗與對醫院總額制度的建議；第四章描述方案三，重點為因應診斷關係群實施後的藥費總額改革；第五章為評估結果與政策建議。

本章擬分為三個小節來描述。第一節為背景分析與試擬方案，第二節討論這些方案在醫療資源配給與醫療費用控制學理架構下可能產生的衝擊，第三節描述本研究進行規範性分析的預設原則。

第一節 背景分析與試擬方案

落實轉診制度與分級醫療是台灣健保規劃必須面臨的重要課題之一，在本研究團隊針對二代健保第二年規劃所提出「全民健保基層醫療制度改革：管理式醫療的經驗學習」報告中，曾試圖將醫療體系改革的第一階段定位在基層醫療總額範圍以內，在家庭醫師制度與論人計酬的家庭醫師基金建立之前，先不透過醫院總額的操作釋出門診病人，而是在醫院總額沒操作方式沒有太大變動的前提下，透過經濟誘因讓病人自動到家庭醫師處就醫。換句話說，是「拉力」大於「推力」的策略，與目前台灣企圖針對醫院總額改革來推動分級醫療的策略正好相反，因為後者正好是「推力」大於「拉力」的策略，而目前的政策問題也就出在部分被「推走」的病人或服務上。

從醫院總額改革來推動分級醫療在台灣有其歷史上的偶然因素，就是 2003 年的非典型肺炎流行，造成台灣社會極大的衝擊，衛生主管機關因此開始推動「健保體系改造計畫」，其中包括針對醫院總額門住診比例作漸進式的限制、推動醫

院自主管理制度、實施家庭醫師整合性計畫等等。從醫院總額改革來推動分級醫療最大的優點，就是短期內比較不需要額外的經費來促使新制度上路，但其缺點則是可能的服務數量與服務品質的下降，因此針對醫院服務數量與品質兩者的監控對健保局和民眾而言便非常重要。相反的，如果主要是透過基層總額改革來推動分級醫療，經濟誘因的對象如果是基層醫師，則每一醫療群約需 350 至 500 萬元，經濟誘因的對象如果是民眾，以每次基層門診減免 50 元，每人每年基層門診 5-10 次，全台灣 2300 萬人計算，所需經費為 58-115 億元，為 2003 年健保醫療現金基礎總費用 3417 億的 1.7%-3.4%。

台灣依據「健保體系改造計畫」，於 2003 年度起推行「限制醫院門住診比例」，2004 年起推動「醫院自主管理」，對醫院經營造成不小的衝擊。前者對於部分依賴門診作為主要收入來源的小型醫院其相對衝擊自然較大，但對於部分門診業務總量很大的醫學中心而言其絕對影響也不小。對於加入自主管理的醫院而言，部分醫院為確保自身財務盈餘，而必須限制掛號病患診次、調整用藥，以及開始轉介病患至其他機構或基層診所就診等等。

自主管理政策最佳的結果是醫院轉介較不嚴重或病情穩定的病患至基層醫師處，這樣的結果雖與國家衛生政策宣導之「小病至小診所或小醫院就診」、「落實醫療轉診制度」等理念一致，然而面對目前基層與醫院醫療費用分屬兩個獨立總額的情況下，大量病患轉介至基層醫師亦引發基層醫師在工作量及財務誘因上極大的衝突。自主管理政策次佳的結果則是醫院轉介藥費負擔較重的病患至基層診所或其他未加入自主管理的醫院，這樣的結果顯然牽涉到以非醫學的理由歧視特定病患。

「健保體系改造計畫」中雖然包括「家庭醫師整合性照護試辦計畫」，並已自 2003 年起開始實施，但誘因的釋出對象主要為基層醫師而非一般民眾，而且下一階段是否實施加權論人計酬的家庭醫師基金尚未有定案，因此嚴格說來與本研究團隊的基層醫療改革進程規劃仍有不同。目前的方案雖也鼓勵診所與醫院建

立正式的轉診合作機制，但誘因仍舊由中央健保局編列預算，而與總體市場機制中的品質競爭與價格競爭無關，成效仍有待觀察。

分級醫療的建立是一長遠的目標，但短期而言為了解決醫院總額運作所面臨的問題，包括加入自主管理醫院所可能衍生的效率問題、未加入自主管理醫院所面臨的點值稀釋問題，嘗試研擬下列可能方案以解決醫院總額當前所產生的財務問題，這些方案包括：(1)放棄醫院總額中門住診比例要求，或減緩改革速度，改由基層總額中的建立家庭醫師制度著手改革；(2)如果繼續實施自主管理，則醫院門住診比例交由個別醫院與中央健保局商議，並另外提供醫院與其他醫療業者整合之財務誘因，部分小醫院轉型為診所；如果實施診斷關係群支付制度，則自主管理可以功成身退，中小型醫院可能獲得新的機會，以降低其平均成本來增加生存的空間；(3)在醫院總額與基層總額共同推動藥費總額，取消醫院總額門住診比例限制，以因應 2005 年以後推動診斷關係群的支付基準，並於實施診斷關係群時取消論量計酬，自主管理則予以取消或保留與診斷關係群雙軌並行。

以上的三個方案詳述於本研究報告的第二、三、四章中，其理念架構如圖 1-1 所示，並在第五章中再作一綜合性的描述。

圖 1-1 中的各項組成分為三個大類，第一類為現況描述，以方便對於台灣醫療體系的現況及其產生原因有一清楚的輪廓。第二大類為解決現狀問題所需要的誘因，此一分類清楚陳述本研究的主要企圖，在於透果政府所提供充分的誘因，來讓醫療市場運作朝向分級醫療的方向發展，而不是以強調政府管制的方式來完成。不過誘因的強調也隱藏了這樣做所伴隨的研究限制，將於下一小節中再作討論。第三大類為能夠提供上述誘因的方案內容，這部分是本研究的重點，將於以下的三章中詳細加以描述，讀者可以在閱讀全篇報告的過程隨時參考本圖，以避免可能被過多的文字敘述干擾原本清晰的架構。

圖 1-1 本研究主要分析之概念架構

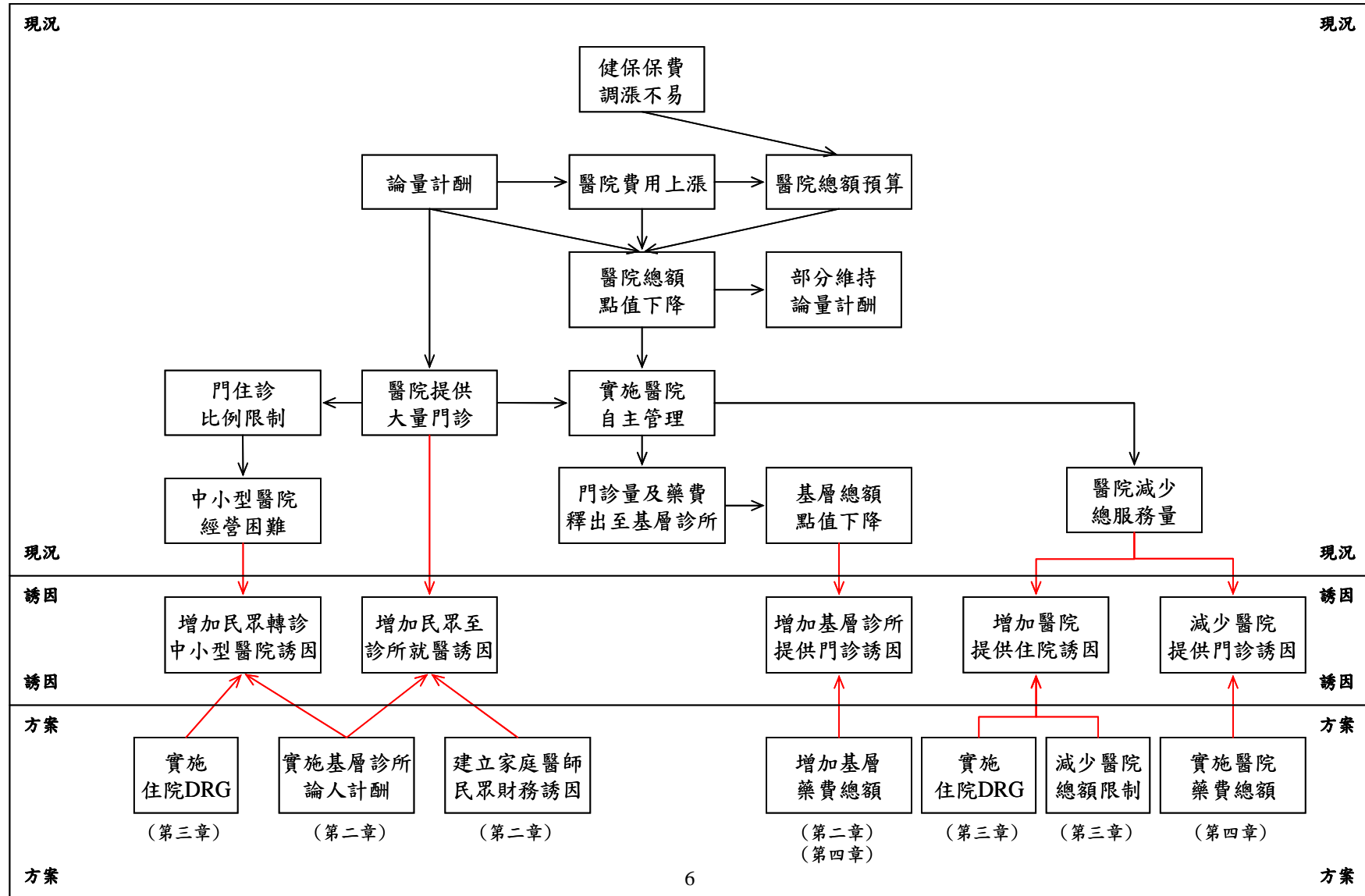


圖 1-1 中清楚描述台灣醫療體系目前所面對的四個極待解決的問題，分別為中小型醫院經營困難、醫院提供大量門診、醫院與基層的總額點值不斷下降、以及醫院減少總服務量所帶來的就醫障礙。本研究的內容就以解決這四個問題的誘因作為出發點，來探討分級醫療的誘因與方案內容。

本研究針對以上三個方案或其他任何可能的方案，希望藉由以下兩種方法來進行評估，第一種方法是讓醫療業者，尤其是醫院經營者參與討論，以座談會方式提出醫院經營者的意見，並藉由集思廣益來提出更多的可行方法，因此擬進行北、中、南三場的座談會以凝聚共識與發現業者問題，以作為制定未來政策之依據。第二種方法為希望由學理上提出一系列明確可行的政策評估依據，以使得任何方案都可以在這一系列的準則中加以評估，這些準則與醫療資源配給(rationing)的學理有關，將於下一小節中詳述。

第二節 醫療資源配給與醫療費用控制

本研究擬將醫療體系或總額預算的改革方案，依據其可能產生的影響分為三大類(Redwood 2000)。第一類為傾向醫療費用控制的策略，是屬於民眾或醫療提供者比較容易接受的政策結果，這些策略包括：(1)價格控制；(2)針對用藥與科技應用提出臨床指引；(3)用藥型態監控；(4)以醫師作為守門員；(5)依據醫學標準訂定給付範圍；(6)病患部分負擔；(7)避免浪費；(8)刪除過剩資源。

第二類為介於醫療費用控制與醫療資源配給之間的灰色地帶策略，是屬於民眾或醫療提供者還算可以忍受，但政府部門必須開始注意的政策結果，這些策略包括：(1)治療須由非醫療人員事先核准；(2)由支付範圍中排除；(3)費用限制、總量或給付上限；(4)醫療品質不良；(5)民眾抱怨程度；(6)缺乏競爭；(7)看不見的配給。

第三類為傾向醫療資源嚴格配給的策略，是屬於民眾或醫療提供者比較無法

接受的政策結果，這些策略包括：(1)實體資源缺乏；(2)等候時間；(3)病患無法獲得有效的治療；(4)依據與需要無關的標準歧視部分病人。

這些策略的詳細內容將解釋於後，但利用這些標準即可用來評估不同的改革方案內容，其概念可以表列如表 5-2。

(一)傾向醫療費用控制的策略或結果

上述傾向醫療費用控制的第一個策略為價格控制，在論量計酬的支付基準下，價格控制是比較無效的費用控制策略，因為醫療提供者很容易藉由數量的操作來提高醫療費用，不過價格控制的支付單位或支付基準如果是診斷關係群(diagnosis-related groups, DRG)或論人頭(capitated fees)的話，則效果比較明顯。價格控制是控制醫療費用的當然手段，但其效果是否比其他如協商或市場機制來的有效則值得探討。

傾向醫療費用控制的第二個策略，為針對處方用藥與科技應用提出臨床指引(clinical guideline)，這是臨床上適當且可接受的策略，前提是「適當」與否的標準應該不能僅僅考慮是不是比較「便宜」而已。此外臨床指引應該要能夠讓一般病患的需要與特殊病患的需要都能夠一體適用，這樣做的重要性來自於不同病患對於相同藥物可能有截然不同的反應，例如某些治療精神疾病與偏頭痛的藥物，以及許多老人對藥物的反應等都是很好的例子。

傾向醫療費用控制的第三個策略為用藥型態監控，其主要目標是在調整病患人口學特質與罹病率的前提下，針對處方數量、處方選擇與處方費用的極端值(outliers)加以控管，而其主要的方法就是進行檔案分析，此一策略是醫療費用控制中一個合理的管理工具。

傾向醫療費用控制的第四個策略為以醫師作為守門員，讓病患就醫時第一個接觸的就是登記的開業醫師，透過這個開業醫師的轉診才能到其他專科醫師處就

診。此一策略可以預防病患到處就醫(shopping around)，也就是不經轉診可以尋求其他開業醫師或專科醫師的第二、第三、第四個專業意見，這在法國、德國、台灣都是一個普遍的現象，但守門員功能在美國的管理式照護和英國的國民保健服務則是標準程序的一部分。守門員功能也是預防醫療資源有意濫用和控制醫療費用的合理手段。

傾向醫療費用控制的第五個策略為依據醫學標準訂定給付範圍，這是所有社會保險與私人保險都會使用的策略。一般而言在醫學上判定為必須的服務通常會列入給付，包括拯救生命的相關藥物或治療、醫師看診、住院治療等，藥品則一般以正面表列的方式來給付，但保險人通常與藥廠協商價格以作為給付條件，美國的管理式照護與法國皆如此，英國實施的臨床卓越機構 (National Institute for Clinical Excellence, NICE) 雖然不參與藥價的決定，但它會在進行成本效果評估之後對給付藥品提出建議。部分藥物的必要性如果無法獲得臨床上的確認，則可以採用部分的或有條件的給付方式，例如針對這些藥物法國和部分歐洲國家只給付部份成本，美國的管理式照護則設定給付上限，例如規定每星期或每個月的給付藥品顆數上限。

傾向醫療費用控制的第六個策略為病患部分負擔，而其最常見的方式為部分自負額，例如住院服務期間的每日自付額、醫師門診服務的固定自付額、藥費自負額等等。部分負擔的主要目的往往不在降低醫療消費，而在將保險人的成本轉移給病患，不過部分負擔的總額佔醫療總成本只有極少的部分，絕大部分歐洲國家也會依據病患特徵加以免除部分負擔，例如貧民、老人、兒童、懷孕婦女、罹患致命疾病或多重疾病的患者等等。不過部分負擔在政治上不受人民歡迎，在醫學上又會影響健康上有需要之醫療服務的利用，因此唯一的作用只剩下提醒民眾對自我健康應該負擔一部分的責任，以避免因為民眾疏忽自我健康照護所導致的隱藏行為道德危機(hidden action moral hazard) (Jack 1999)。

傾向醫療費用控制的第七個策略為避免浪費，浪費指的是不必要的醫療程

序、不必要的昂貴治療、過時或無效的治療、處方過多、病人未遵從醫囑而無法完成必要的醫療、由於處方不足造成病情拖延、病情延誤所造成後續長期的醫療費用等等，種類繁多，可以說在醫療領域中永遠有避免浪費的空間存在，但也隨時存在高估避免浪費所能節省醫療費用的可能性，但另一方面，因為處方不足造成病情拖延或因為病情延誤所造成後續長期的醫療費用則很難估算。許多安慰劑(placebo)或順勢療法(homeopathic medicine)的效果即使在近代醫學仍然無法完全否定，要從給付藥品中將其刪除未必能節約費用，反而可能必須轉移處方內容到比較昂貴的藥品上，而且如果此一藥品已經成為人民就醫文化的一部份，刪除此一治療反而招致極大的反彈，所以避免浪費應該只能是醫療費用控制的策略之一而非全部。

傾向醫療費用控制的第八個策略為刪除過剩資源，包括醫師、護士、其他輔助人員、醫院、病床、醫療科技等，但前提是必須先有過剩存在，例如英國就被普遍認為資源不足而非資源過剩，法國與德國則有醫師過剩現象，因此過去十年間管制醫學生入學數量便成為法國與德國的重要政策議題，不過這樣的政策並不容易執行，醫學界的遊說也同樣使醫院與病床數的刪減極為困難。

(二)介於醫療費用控制與醫療資源配給之間的灰色地帶策略或結果

灰色地帶策略原則上已經脫離正常費用控制的範圍，並已經將比較嚴格的資源配給精神納入，其中第一個策略就是治療程序須由非醫療人員事先核准。雖然徵詢第二個專業意見是醫師與病患經常在進行的行為，但事前核准是另一種不同的概念，其主要目的不在徵詢第二個專業意見，而在希望獲得批准以便支付費用，在程序上往往需要列出昂貴的治療清單，因此事前核准主要的理由往往是財務考量而非醫學考量。

灰色地帶的第二個策略是由支付範圍中排除，亦即列為健保不給付項目。當此一策略與醫學上必要與否的判斷相一致時爭論極小，例如大部分國家將非處方

用藥、美容手術、變性手術列為不給付項目，而爭議較多則是牙科治療與假牙、驗光服務與眼鏡等難道真的是醫學上不必要的嗎？反對意見則認為個人應該對預防服務負起更多責任，可以買汽車用來度假的人難道不該為假牙與眼鏡付錢嗎？把眼睛與牙齒排除的主要理由仍然是財務而非醫學理由。德國與荷蘭多年來都不給付口服避孕藥，因為既然懷孕不是疾病，避孕藥就不是醫學上所必須的藥物。1998年威而剛的問世以及稍早之前減肥藥的應用重新開啟這類的辯論，給付藥物與否的光譜中從「醫學上有需要」(medical necessity)到「醫學上有效但非必要」(medically useful but not essential)再到「消費是為了個人的滿足」(consumption for the purpose of personal gratification)。

灰色地帶的第三個策略是費用限制、總量或給付上限，此一策略表面上言之成理而且實際上也真的有效，而其灰色地帶的多寡則視一但超出上限時的處罰程度而定，處罰過重則容易引發醫師作出不洽當的醫學判斷，而其表現的形式包括將費用負擔轉移給其他醫療提供者，或以非醫學的理由改變治療內容。例如將住院治療改為門診治療、減少處方數量以避免減少醫師收入，最顯而易見的結果則是，費用上限會創造等候時間，並大量運用配給策略。

灰色地帶的第四個策略是忍受醫療品質不良，嚴格的費用策略往往導致醫療品質下項，不過民眾的不滿意通常是以軼聞瑣事的方式，而非以科學的統計數字來呈現。由於缺乏明確的證據顯示費用控制策略與品質不良或民眾不滿意間的直接關聯，品質下降的程度因此列入灰色區域。大多數的研究無法明確釐清如果有品質下降的問題時，究竟是因為費用控制策略所造成，亦或是疏忽照護管理所造成(Donelan et al 1998)。而且即使在相同的政策體系下，不同機構的不同醫師也往往表現出完全不同的照護結果。總之費用控制策略與品質不良之間的因果關聯並未被證實。

灰色地帶的第五個策略是接受民眾抱怨的程度，不過客觀的統計數字並未指明資源配給與民眾抱怨間的關係，因此仍舊是屬於灰色地帶中的可能結果。

灰色地帶的第六個策略是接受缺乏競爭的可能性，集中的市場比起競爭的市場容易引發資源配給策略，競爭的市場由於因應環境改變的包容性較大，資源配給策略也顯得比較沒必要。但是缺乏市場競爭與醫療資源配給兩者未必能畫上等號，兩者的關係處於灰色地帶，例如法國醫療體系的結構可能是歐洲主要國家中競爭程度最低的，但法國所用的醫療資源配給手段也最少。

灰色地帶的第七個策略是看不見的配給。財務壓力，尤其是超出預算時的處罰措施最容易引發看不見的配給，例如忽略比較不具健康知識而且比較順服的民眾，優先處理自費病人，並以預算不足作為藉口。此外經常性的要求藥物經濟學的研究成果也是一種隱形的配給，因為這類報告在專家之間往往存在永無止境的爭論，而爭論的內容正好可以支持拖延列入給付的決定，或是作為不鼓勵醫師開立此種藥品的理由，因此是標準的灰色地帶的策略。

(三)傾向醫療資源嚴格配給的策略或結果

傾向嚴格醫療資源配給的第一個結果是實體資源缺乏 (scarcity of physical resources)，包括醫師、護士、建築、設備、或器官。因應資源不足的方法並非只有配給一途，透過市場的價格機制來鼓勵願意提供不足資源的人也是另一個方法，但在許多國家如果想透過提高就醫價格來解決財務問題，極可能會因為違反集體夥伴原則而遭遇嚴重的政治危機，這個現象解釋了為什麼當醫療資源不足的產生時，許多國家第一個採用的策略是配給策略而非市場策略。

傾向嚴格醫療資源配給的第二個結果是等候時間 (waiting lists and waiting times)，等候時間的出現代表資源不足已經不是暫時性的現象，而是已經成為一種常態，特定手術或治療的漫長等待時間則代表資源不足的問題已經很嚴重，而且是以配給為主要策略之醫療體系的典型表徵之一，因為醫師的不足勢必多少會導致某些非緊急手術的延遲。

傾向嚴格醫療資源配給的第三個結果是病患無法獲得有效的治療(denial of

quality treatment)。由於最好的治療往往不會是最便宜的治療，在配給原則之下病患通常無法接近最好的治療，此一策略的主要目標是限制通常標價甚高的創新治療方法，即使新療法有足夠的證據顯示其預後較好，但配給的目的往往在節省眼前就要發生的醫療費用，而不是三年或五年以後可能發生的費用。嚴格的資源配給之所以發生，通常在於非醫療的決策者否決了醫師的判斷，或是制度的設計逐漸的讓醫師的判斷脫離原有的訓練，而習慣於與制度設計的方向趨於一致。而當這樣的壓力趨於緩和時，醫療程序即可能轉變為灰色地帶的看不見的配給策略。

傾向嚴格醫療資源配給的第四個結果是依據與需要無關的標準歧視部分病人(discrimination between patients regardless of need)。醫療的基本準則就是依據病患的需要來治療，配給原則往往在理論上而非實務上遵循需要原則，原因之一是醫療需要並不是非常精確的概念，許多情況下需要指的是緊急或生命遭受威脅的概念，在慢性病的範圍內需要概念的應用便顯得比較勉強。當配給原則與醫學上的需要無關時，歧視就可能發生，此時成本多寡便成為需要與否的仲裁者。

年齡、性別、生活型態、居住地等都有可能成為歧視的根源。雖然許多證據顯示年齡並非決定療效的主要因素，但許多治療過程仍會依據年齡加以設限。日本在 1999 年才允許口服避孕藥合法登記上市，以免威而剛反而比口服避孕藥更早合法上市，顯然是醫學上的性別歧視。當醫師因為病患由於無法戒煙而將昂貴治療取消或延後時，配給原則與倫理考量的混合顯然足以超越病患的健康需要。混合著倫理考量的配給原則一旦使醫師成為「健康警察」，則配給原則就可以應用在減重失敗者、從事冒險活動者、以及運動傷害者身上，而且這樣的黑名單將永無止境，例如 HIV 陽性患者、酒醉駕車者等等。在英國由於不同衛生機關的管轄範圍而使得給付水準不同，醫師必須以病患的居住地決定治療內容，台灣部分縣市政府對幼兒部分負擔與老人假牙的補助也造成鄉同的效果。除此之外，台灣實施醫院自主管理時，部分醫院將藥費成本較高者優先轉出，也造成以非醫學

理由歧視病患的結果。

第三節 規範性分析的預設原則

本研究雖然在必要時引用實證數據來支持若干論點與政策建議，但本研究的基本架構屬於規範性(normative)研究，因此有必要在本節描述研究進行分析時所設定的基本原則，或是預設性的前提。這些原則雖然沒有列入正式的章節討論，但其實會實質影響研究報告的撰寫方式與討論角度，有必要在本小節中盡量作清楚的說明。任何研究者只要不同意這些前提，則可以用不同的前提來進行相同題目的研究，並可能推導出不同的結論或政策建議的優先順序。

首先是醫療費用控制已經成為工業化國家醫療體系改革的重點之一，雖然分級醫療與醫療費用控制在邏輯上未必相關，但是本研究在進行政策分析時，基於台灣健保制度的現況，以及工業化國家自 1980 年代開始所面臨的醫療費用困境，所以將分級醫療與醫療費用控制暫時視為無法明確分割的概念來加以處理，這是本研究在進行分析與提出政策建議時的第一個前提預設。雖然如此，研究敘述的重點仍然以分級醫療為主軸，而非以醫療費用控制為主軸，只是本研究認為在討論分級醫療的同時必須兼顧醫療費用控制的概念。

第二個預設前提是本研究題目雖然界定為透過總額預算的操作來促成分級醫療，但是由於在討論分級醫療的概念時，那些是總額預算可以操作的部分，那些部分不是總額預算可以操作的思考方式，無法由學理上作明確的區分，而且作這樣的切割在實務上也未必有效。因此本研究在討論時會以總額操作的層級作章節的安排依據，但在實際進行討論時並不會刻意作這樣的切割，以維持理論的完整性，並對實務上的完整計畫內容，或總額操作以外的配套措施預留討論空間。不過為了費用協定委員會提供經費支持本研究的本意，將於完整討論之後在各章的結尾部分，以政策建議的獨立小節，針對總額操作的範圍再作一次比較明確的

陳述。

第三個預設前提是本研究所提出的主要策略雖然為支付單位改革，但主要目標仍然為組織重整，這一點在圖 1-1 的誘因組成中也同樣顯現出來，因為支付單位改革的主要效果，就在於希望提供醫療領域的所有行為者充分的誘因，來促成醫療體系運作的效率與分級。這樣做的目的，在於企圖改變台灣以政府管制醫療體系作為主要政治策略的傳統，而改以提供充足誘因作為主要策略。不過這樣做仍舊有其學理與實務上的限制，那就是誘因背後所代表的機構理性畢竟只是理性選擇的一個角度而已，Lyons 與 Mehta (1997)在分析交易行為時將行為的趨向分為四方面，分別為機構理性行為(指個人在道德真空的情境下經過有意計算所決定的行為)，價值理性行為(指行為符合個人的信念體系)，影響行為(指行為依循感覺與情緒)，以及傳統行為(指習慣性行為)，其中前三種行為應該在探討制度設計時列入考慮。經濟學的分析顯然集中於機構理性行為，亦即人的行為基礎主要來自成本與利益的計算結果，而且計算的基礎又主要來自人性中天生的自利與剝削本質，這樣的觀點當然會降低對人性中信任本質的損害，當醫療體系改革的理論基礎主要來自代理人理論(agency theory)在組織上的運用時，醫療體系改革的理論建構者有責任提醒執政者此種改革的可能盲點。

代理人理論的部分基礎即來自於對市場成員間信任的缺乏，以及部分對行為預設的單純化 (Simon 1991)，假如人的行為基礎不只侷限在機構理性的範圍，則以代理人理論為出發點的簡單市場模型就未必如此理所當然 (McMaster and Sawkins 1996)。例如人的行為有許多屬於傳統行為和價值理性行為，這些行為是經由制度性的規範與認可之後，透過慣例加以傳承 (Nelson and Winter 1982)。這種慣例可以帶來穩定，是一種組織內部的信任(intra-organizational trust)而不是成員之間的信任(inter-firm trust)。許多時候長時間的交易關係比起正式契約要來的真實可靠，成員間的互動必較像是在一個可靠的權力架構下而不是在市場中完成。以誘因作為改革主軸的論調所陳述的當然主要是古典自由主義和新古典主義

經濟學的觀點，其內容包括由委託人(principal)與代理人(agent)關係、道德危機(moral hazard)、危機逆選擇(adverse selection)、追求利潤(rent-seeking)等等行為預設所構成的複雜模型。然而真實的人性可能具有更複雜的行為動機，包括利它主義(altruism)、信任(trust)與自尊(pride)，而這些才是構成醫師專業倫理的主要成份(Keaney 2001)。

第四個預設前提是雖然總額預算制度在台灣的實際運作結果，在醫療領域受到臨床工作者相當程度的批評，但是本研究並不準備針對總額預算是否繼續存在的議題進行任何論述，主因在於學理上與實務上的個別理由。在實務上，只要全民健保的保費收入在某一段時間內是固定的事實沒有改變，則國家永遠存在實質性的健保總額，這個事實的認定與政府在名義上是否以「健保總額預算」作為政策名稱完全無關。在學理上，如果國家總額預算搭配論量計酬的制度，會引起醫療臨床人員的不滿，則問題的根源絕大部分來自論量計酬的支付基準，而非來自總額有限的事實，因為論量計酬才是醫療領域競相擴充服務量的誘因來源，總額點值浮動的設計則更加重了原本就存在的擴充服務量的誘因，而非如總額實施初期時預期或想像的總額會誘導醫療領域內部對於擴充服務量進行自我節制。

第四個預設前提是本研究雖然在提出政策建議之前會進行其他國家的經驗陳述，但也會兼顧台灣的現實環境進行討論，以符合政策在過程面與實質面都具備有效性與可行性，並儘可能基於台灣的本土數據來提出政策建議。這樣的前提乃是呼應部分醫療政策學者所主張的，醫療體系改革策略的提出除了專業領域的技術層級之外，在政治層級上更應該要把握三個原則，分別是過程與實質內容同等重要(process matters)、進行創照性的模仿但也應依據當地情況作修正(imitate but adapt)、以及利用證據來說話(use evidence) (Roberts et al 2004)。

第五個預設前提是雖然基層總額、醫院總額、和藥費總額的改革措施在本研究中分為三章獨立探討，但研究者也意識到三者的內容彼此息息相關，因此除了在各章中清楚陳述彼此相關的部分之外，也將會在第五章進行政策整合時一併再

作比較明顯的說明。

第二章 由基層總額改革落實分級醫療

本章的主旨在描述如何透過西醫基層總額相關的措施，來建構台灣優質的基層醫療體系，並進而落實轉診制度與分級醫療。由於此章的內容牽涉到部分台灣已經在進行中的家庭醫師試辦計畫，因此有必要先在第一節中簡單描述此一試辦計畫內容的評估，然後在第二節中簡單介紹基層醫療改革的國際趨勢，再於第三節中提出對台灣實施家庭醫師制度的具體步驟與方案內容。基於這些討論，第四節中將摘要所有對台灣當前政策的建議摘要，一方面方便讀者進行更有效率的閱讀，另一方面則突顯本研究針對總額操作面的政策建議重點。

第一節 台灣的醫療體系改革現況

台灣在 1995 年推動全民健保至今，已經邁入第十個年頭，其間最大規模的改革，當屬總額預算的實施。不過總額預算搭配傳統論量計酬支付基準的結果，仍不免步上德國總額預算的後塵。醫療院所競相把服務量做大，以免自己在總額的佔率中吃虧。至於因此所稀釋掉的每點金額，反正由全體醫療院所買單，這就是典型的賽局理論，個別理性的加總只能得到次佳的均衡解，集體理性的最佳均衡解並不會出現。總額預算其實只對所有的醫師釋出一個行為誘因，叫作囚犯的兩難。地區醫院每點金額被嚴重稀釋的現象，只是冰山最先浮出水面的那一小塊而已。

為了因應醫院總額的危機，健保局在近日啟動以醫院為單位的支付方式，稱之為自主管理，七月之後又稱為卓越計畫，不同的名稱代表的其實就是以一家醫院為單位的總額預算，其目的一方面在導正醫院過多門診人次的角色問題，另一方面則可以控制不斷上漲的醫療費用。這一連串費用控制措施背後的根本問題，在於台灣醫療體系尚未進入重整階段。以經濟合作開發組織 (OECD) 的經驗來

說，這些工業化國家 1980 年代的發展主軸皆為醫療費用控制，1990 年代則轉變為醫療體系改革，台灣在這方面的發展已經至少落後十年以上。任何著眼於單純醫療費用控制而非醫療體系改革的措施，由國家發展的層級來說，頂多只能稱之為零零碎碎的改革。

醫療體系想要運作的更有效率，提高品質與節約成本這兩個相互衝突的行為動機，都必須交回到醫師的手中始能有效運作，讓醫師代理病患進行品質與價格的權衡，而非透過高額部分負擔或是新加坡式的醫療儲蓄帳戶，讓病患本人來進行這種專業且困難的權衡（李卓倫等 2001）。這也是醫療體系的運作，與其他商品的市場運作有所差異的起始點。在所有支付基準的設計中，公認比較能夠達成上述目標的，有住院服務的論病例計酬，和門診服務的論人頭計酬。可惜這兩項措施十年來仍舊是處於研究階段，而且所投入的研究經費並不充裕，就算好不容易有少數幾本完成的報告，內容卻有部分為醫師與民眾的問卷調查與專家座談紀錄，重大的國家政策大概很難由這類報告來推論完成。

行政院層級的二代健保規劃小組，規劃之初即標榜與第一代健保作切割，並將健保支付制度改革等等屬於第一點五代健保的執行與規劃交給衛生署，造成二代健保規劃小組傾向於規劃未來的議題，而非眼前急迫的議題，醫療體系改革的規劃正巧就成為這兩者之間的盲點，沒有組織性的力量來進行醫療體系本身的重整。

至 2003 年底為止，已經規劃兩年四個月的二代健保規劃小組總共提出三份報告，顯示其規劃重點包括健保基金與組織設計、新制保費設計與財務負擔比較、全民健保對醫療產業之影響、醫療品質課責機制建立、健保給付、藥品與其他資源的配置原則、公民參與等等，這些議題均十分重要，但是沒有議題與具有急迫性的醫療體系改革有直接相關，或明確提出醫療體系改革的整套行動方案。其中一項與醫療產業有關的規劃重點，基礎研究的發現充足，但行動方案仍舊缺乏，比較像學術研究團隊的成果而不是政府規劃部門的成果。

在行政院幕僚層級建立醫療體系改革小組，或在二代健保小組中增加醫療體系改革組有其必要性，一方面解決眼前醫療費用上漲與基層醫療嚴重萎縮的急迫議題，另一方面也須針對未來可能發生的議題進行規劃。舉例而言，雖然中央健保局在 2004 年以六億多的經費進行家庭醫師整合制度的試辦方案，但民眾登記家庭醫師的誘因沒有釋出，反倒是給予每一個醫療群 350 萬至 500 萬元的誘因，節約醫療費用與提升醫療品質的誘因均缺乏。此外，在社區醫療群無法落實運作的前提下，社區健康營造成為在社區中缺醫療據點的奇特景觀，放棄社區醫師原有的能力不用，再花費大量經費補助社區訓練與提升志工的能力，事倍功半。

第二節 建立家庭醫師制度之國際經驗

基層醫療的定義，就是民眾發生新的健康問題時第一個接觸到的照護，是傾向於以個人為焦點而非以疾病為焦點，而且是周延與經過協調的照護 (Starfield 1996)。而近年來基層醫療改革的主要趨勢，在於鼓勵從事基層醫療的專業人員更多的自主與自由，而同時又能夠透過財務誘因而避免此種自由所可能發生的負面影響 (Groenewegen et al. 2002)。

在社會保險的國家，基層醫師絕大部分均為自僱者(self-employed)，但在國民健康照護體系的國家，基層醫師可能為自僱或受聘於政府 (表 2-1)。在許多國家中，基層醫師不僅僅是專業的照護提供者，同時也代表小規模的企業組織，因為他們必須自己承擔收益與損失的機會(Allen 1990)。換句話說，由於基層醫師瞭解自我的經濟目標，加上社會所認可的專業地位，因此是同時具有經濟特質與社會特質的個體。為了使基層醫療更有效率與公平性，近年來歐洲國家對基層醫師的管理內容主要有以下五項 (Groenewegen 2002, Starfield 1996, Boerma and Fleming 1998)：

1. 鼓勵基層醫師赴低度服務地區：增進基層醫師與設施在地理分布上的公平

性；

2. 病患登記家庭醫師後每位家庭醫師的病患登記名單：鼓勵基層醫師針對特定登記人口群的健康負起責任；
3. 以論人計酬作為基層醫師服務的支付單位：鼓勵基層醫師提供更具有成本效果(cost-effective)的資源管理和更具連續性的服務內容；
4. 守門人角色：守門人的定義為必須經過基層醫師的轉診病人才能接受專科醫師服務，此舉可以鼓勵提供更適當的專科服務，並避免不必要的專科服務；
5. 建立同儕專業審查機制：針對基層醫療品質進行有效的外部監控和內部監控 (monitoring)。

對於上述的五個組成，不同國家介入的方向與介入的角度均有不同，此種差異主要來自各國之間不同的文化、歷史、和經濟狀況。表 2-1 顯示主要歐洲國家在登記或註冊病患名單、支付單位採用論人計酬或其他方式、和是否具有守門人角色三個組成上所採用的策略，以及基層醫師自雇而非受雇於公家或私人醫療院所的比率，並將這些國家區分為國民保健服務與全民健康保險兩大類分別陳述。

表 2-2 則顯示主要歐洲國家基層醫師曾經受過家庭醫師專科訓練的比率，此一比率在不同國間之間的差異極大，某些強制家庭醫師必須接受專科訓練的國家有部分的比率也不高，其主因在於各國開始實施家庭醫師專科訓練的年份不盡相同，造成表中在比率上的差異。表 2-2 同時顯示基層醫師群體執業及其人數分布上的比率，值得注意的是在社會保險的國家中，普遍有相當比率的醫師選擇單獨執業，雖然單獨執業的比率也有慢慢減緩的趨勢。

在實施社會保險的國家之中，只有荷蘭的基層醫師具有病患名單與守門員角色，同時主要以論人計酬作為支付單位。其他實施社會保險的國家暫時無法做到這三項組成的原因，則在於其管理醫療體系的責任分散在政府、保險團體、與醫療團體，權力與責任分散的結果是醫療體系的改革往往不容易成功。除了荷蘭之

表 2-1 歐洲主要國家對基層醫療的管理方式

國家	開業醫自雇%	支付單位	病患名單	守門人
國民保健服務				
丹麥	100	論人+論量	有	有
芬蘭	2	薪資	無	無
希臘	30	薪資(自雇者論量)	無	無
冰島	25	薪資+論量(自雇者 論人+論量)	無	有
義大利	98	論人	有	有
挪威	58	薪資(自雇者論量)	無	有
葡萄牙	1	薪資	有	有
西班牙	4	薪資	有	有
瑞典	1	薪資	無	無
英國	99	論人+論量	有	有
全民健康保險				
奧地利	99	論量	無	無
比利時	97	論量	無	無
法國	97	論量	無	無
德國	100	論量	無	無
愛爾蘭	91	論人	有	有
盧森堡	98	論量	無	無
荷蘭	93	論人+論量	有	有
瑞士	99	論量	無	無

資料來源：Boerma et al. (1993, 1997), Boerma and Fleming (1998)

表 2-2 歐洲主要國家基層醫療的群體執業概況

國家	家庭醫師 專科訓練%	1 人 單獨執業%	2-5 人 聯合執業%	6-10 人 聯合執業%	11 人以上 聯合執業%
國民保健服務					
丹麥	99	30	56	14	0
芬蘭	34	8	38	28	27
希臘	67	45	24	15	17
冰島	82	15	39	37	10
義大利	11	86	12	1	1
挪威	45	25	64	7	4
葡萄牙	65	12	28	25	35
西班牙	27	24	28	21	28
瑞典	96	2	63	28	7
英國	71	16	55	27	2
全民健康保險					
奧地利	54	93	7	0	0
比利時	71	69	28	2	1
法國	16	59	40	0	1
德國	75	67	33	0	0
愛爾蘭	45	54	43	3	0
盧森堡	35	61	39	0	0
荷蘭	66	46	51	3	0
瑞士	86	73	27	0	0

資料來源：Boerma et al. (1993), Boerma and Fleming (1998)

外，只有比利時在病患名單的建立上先跨出了一小步，就是設計先為 65 歲以上的人建立病患名單，其他像法國與德國等國家，仍舊停留在以零零碎碎的改革來控制醫療費用的階段，這些零碎的改革包括基層診所的總額上限制度、收費標準的調整、以及緊縮基層醫師處方的範圍等等(Groenewegen, Dixon, Boerma, 2002)。

荷蘭的基層醫師可以與疾病基金會單獨訂定合約來照顧被保險人，開業醫師有自己的病患名單，而且是專科醫療的守門員，每一位基層醫師的病患名單中約有 2,300 人，這樣的角色適用於國家的健康保險，也一體適用於私人健康保險，只不過政府的健保支付單位是以論人計酬為主，而私人健保是以傳統的論量計酬為主(Groenewegen & Delnoij 1997)。

荷蘭的家庭醫師必須在醫學院畢業之後先接受三年的家庭醫學專科臨床訓練，然後每五年重新換證一次，換證的標準為每周需達到一定時數的執業時間，以及每年至少 40 小時的專科繼續教育。家庭醫師的責任還包括提供 24 小時的服務，以及接受保險人對於其財務花費、轉診率、以及處方量的監控，並於必要時加以說明。在改革的過程中，荷蘭的家庭醫師公會充分介入基層醫療的自我管理方案，代表基層醫師的學術機構則協助設定基層醫療品質標準(Gorl et al 1993)，兩者也同時支援基層醫師的繼續教育。特別值得一提的是荷蘭基層醫師實施群體執業的比率，遠高於其他實施社會保險的國家，這可能與其論人計酬的支付基準有關。整體而言荷蘭家庭醫師制度十年來的發展主軸，並非引入更多的企業經營精神，而是引入更多的專業自我管理(Groenewegen et al 2002)。雖然不可否認的是荷蘭依循 1987 年 Derrker 委員會報告的內容，也在這十年間之間引入更多的市場機制，但市場機制影響較大的是疾病基金的營運狀況 (ven de Ven 1997)，而非影響家庭醫師的角色。

總體而言，上述家庭醫師制度的內容加重了醫師的三個責任與三個角色。在國家可以宏觀調控的三個主要組成中，病患名單增加基層醫師照顧病患的專業責任，論人計酬加重基層醫師節省醫療費用的財務責任，專科醫療守門員則賦予基

層醫師為珍貴醫療資源的使用加以把關的社會正義責任。而在傳統或沒有家庭醫師制度的醫療體系中，基層醫師的角色只是單純的基層醫療的供給者；但在上述的家庭醫師制度中，基層醫師不僅僅是基層醫療的供給者，同時也是以自己口袋中論人計酬經費，來為病患購買住院或專科服務的代理者，而且由於論人計酬制度讓基層醫師承擔部份財務的風險，因此基層醫師也同時具有小型保險人的角色，這就是家庭醫師的三個角色。

第三節 建立由基層醫療主導的醫療體系

建立由基層醫療主導的醫療體系是同時解決醫院體系過度擴張、基層醫療萎縮、轉診制度無法建立、分級醫療無法落實、提升醫療品質與控制醫療費用無法兼顧、預防保健未獲重視等等問題的大型社會工程，建立這個制度可以分為四個階段，之下再細分為七個步驟，近期與中期的規劃可以在三至四年內完成，全部階段完成則需時五至十年，每一個步驟均需要投入對醫療體系規劃比較熟悉的研究與政策規劃人力。

上述的改革進程區分為四個階段，第一個階段旨在組織家庭醫師基金，並鼓勵民眾登記家庭醫師；第二階段的任務在加強家庭醫師基金的責任，並形成正式的轉診合約；第三階段的目標在落實分級醫療並限制民眾部分的就診自由；第四階段則為基層醫療保健的落實，並擴大家庭醫師的功能。其中第一個階段可以視為近程方案，第二、三兩個階段為中程方案，而最後一個階段為遠程規劃。每一階段又可以再細分不同先後次序的組成，每一組成中也都有其需要解決的學理問題與實務問題（李卓倫等 2002）。

本節所敘述的內容順序與第四節中對台灣總額所提出的建議摘要相一致，但敘述的重點不同。由於基層醫療改革牽涉到許許多多有待解決的問題，因此本節的敘述重點在於各階段中有待解決的學理問題與實務問題，而下一節的敘述重點

在於各階段中所可以運用的策略或方案。

(一) 建立家庭醫師基金第一步驟：民眾登記家庭醫師

建立基層醫療主導醫療體系的第一階段為登記及組織家庭醫師基金，本階段實施的主要原則，是讓家庭醫師制度的供給面和需求面誘因先行上路，但暫不限制民眾就醫自由，也暫不與醫院總額有任何關聯，這樣的設計可以大大提高政治可行性。

在第一階段的方案中，依時間順序排列共有三個步驟，分別為民眾登記家庭醫師、醫師自組開業醫聯盟，以及依登記人數支付加權論人經費。在鼓勵民眾登記家庭醫師的組成中，並無特別需要探討的學理問題，亦即無須再作學術研究即可規劃上路，但其在實務面必須解決的問題相當多，這些措施都會影響基層醫療的改革能否踏出成功的第一步。

登記家庭醫師之前必須先準備有哪些醫師可以登記的名冊清單，以供民眾作選擇，因此必須先徵求願意參與登記的醫師，但同時政策上應先決定哪些醫師可以來參加、哪些科別可以開放、專科醫師是否也可以登記等等規劃內容。在此同時，可以政策性決定是否允許醫院門診部門也可以參與登記，因為基於分級醫療原則應該排除醫院門診部門，但若基於政治可行性也可以考慮在此階段作暫時的安排讓醫院門診部門加入。

合於資格的醫師名冊清單必須分區域列給民眾作為選擇，並且規範各地區民眾可以登記醫師的地理範圍，例如規定民眾至多可以在本身所在的地區或鄰近地區登記家庭醫師。也因為這種地理的限制，因此醫師名單上的區域劃分最好考慮資源的多少來決定區域如何劃分。

在以上的工作就緒後，便可以開始接受民眾的家庭醫師登記。此一制度的設計若在開始之初便提醒開業醫師將來籌組聯盟基金的可能性，對開業醫師而言已經具有足夠的誘因促使開業醫加入登記行列。但是對於民眾而言，有什麼誘因

可以讓民眾去進行這種違反自己就醫習慣的行為呢？首先是必須強調初期的辦法並不限制民眾選擇就診醫療院所的自由，然後參考他國經驗讓登記家庭醫師者減免其部分保費，到所登記的家庭醫師處就醫者再減免其門診部分負擔。其中減免保費因為牽涉到修法，因此可以考慮是否修法，後者因不必修改全民健保法而可以優先考慮實施。

以每次基層門診減免 50 元，每人每年基層門診 5-10 次，全台灣 2300 萬人計算，所需經費為 58-115 億元，為 2003 年健保醫療總費用 3533 億的 1.6%-3.3%。雖然有增加少許保費的疑慮，但可以用以下的策略來解決。第一，民眾改到基層門診就醫，醫院門診總額的支出將會減少，而且醫院總額減少的幅度應該大於基層總額增加的幅度，明確的數字則有待評估；第二，二代健保已經研擬完成擴大費基的財務方案，可以增加健保收入，在健保費率由 4.25 調高為 4.99 的前提下，保費收入預估將由 2003 年的 3220 億，到 2008 年增加為 4054 億元；第三，2002 年調整健保費率為 4.55 時，僅以兩年作為精算基礎，與健保法規定以 25 年作為精算幾處的內容不符，因此新的費率精算勢在必行，但在提高保費的同時，到家庭醫師處所就醫可以免掛號費及部分負擔的措施，則為政府與民眾交換保費提高的有利籌碼。

民眾登記過程中，尚有一配套措施可以列為將來實施的重點，就是提供各個醫師及其所屬聯盟的醫療品質狀況，提供民眾多一層的訊息來選擇家庭醫師。由於此一訊息需在聯盟成形之後比較方便操作，因此初期可以暫不實施。此一訊息提供管道曾在美國 1993 年的改革方案中強調過，但依據經驗，民眾對於諸如疾病別死亡率、手術別死亡率、院內感染率等諸多品質指標並不容易瞭解，而左右民眾選擇的仍是價格與滿意度等最粗略的指標，因此這個方案的推動需要一些規劃來完成。

以民眾登記的動作作為整個完整政策的開端，本身也具有教育的效果，它可以讓民眾開始逐漸意識到如何選擇家庭醫師，以及開始習慣有家庭醫師的事實。

另一方面，開業醫之間競爭病人的動作在此時便已經開始，而競爭的方式主要是品質競爭。因此民眾登記家庭醫師初期的動機可能主要來自經濟誘因，但等制度上軌道之後則可能因為基層醫療品質的提昇而支持此制度。

最後應該討論是否以家庭為單位登記開業醫師，此論點由於限制同一家庭成員選擇醫師的自由，而且並無健康的理由或財務誘因的理由支持這種論點，因此暫時不予建議。

(二) 建立家庭醫師基金第二步驟：組織開業醫師聯盟

在民眾登記個別家庭醫師之後，便可以開始籌組開業醫師聯盟，聯盟的目的雖然有論人計酬的基金作為財務誘因，但其真正的效果將遠遠超過只是作為健保付費的機制。而在籌組之前，至少有兩個主要的學理問題應該委託專業學者詳加規劃，第一個問題是對企業界級醫療領域，尤其是開業醫師的水平整合進行學理及實務經驗的探討。第二是針對如何避免聯盟所造成的獨占進行結構分析，並藉此研究為實務規劃原則預作準備。

組織開業醫師聯盟的實務議題，主要著眼於如何規範組織聯盟的限制條件，這些條件必須在做成政策決定之後清楚的傳達給開業醫作為遵循依據，包括開業醫的聯盟有無區域的限制？例如是否規定同一鄉鎮的醫師或診所除非基於科別的考慮，否則限制其成為同一聯盟，以防止同一鄉鎮只出現單一聯盟的獨占狀況。其次，反獨占的規定也可以用其他機制來進行，例如可以用最簡單的各地最低聯盟數，或較複雜的 Hufindahl-Hirschman 指標(HHI)來作為是否啟動反托拉斯條款的標準。

第三個實務問題為決定聯盟的最低登記人口數，以符合大數法則，避免開業醫聯盟承擔過多的風險。這也是論人計酬方式比較適合以聯盟為單位，較不適合以醫師個人為單位的主要理由，但其限制可以考慮依地區人口數或醫療資源數予以增減。以英國的經驗而言，其最低人口數介於 7,000 至 12,000 人較為理想。

第四個實務問題是決定哪些條件的團體或個人可以經營聯盟，除了開業醫自組的聯盟以外，是否可以由私人公司與開業醫師訂定契約之後承包？民間或政府的非營利組織是否也在討論範圍？

組織開業醫聯盟的預期結果範圍很大，而且影響深遠，其可能的正面結果可能令人興奮又期待，因此是此制度能否成功的關鍵所在。首先，開業醫師在尋求聯盟的合作夥伴時，即會進行專業的分工與整合，並開始部分的市場區隔，例如決定聯盟要不要提供或強調某些科別與項目的服務等等。同時聯盟內部的協調、監控、自我調整機制也會建立，並且引進許多專業的管理人才。由於聯盟中的開業醫師不一定會在同一診所地點甚至同一鄉鎮中執業，資訊系統如何建立以形成開業醫之間的虛擬整合(virtual integration)的議題會在此時浮現，之前本節所陳述的水平整合研究內容在此也可以派上用場。

由於開業醫師聯盟組織階段是實施論人計酬的前哨站，結盟的過程及經濟的誘因極可能使部分醫院中的醫師在此時選擇自行開業並加入某一聯盟，台灣現況中基層醫療逐漸萎縮的情形可能會大量改善，甚至對醫院造成第一波的衝擊。不過，依據英國的經驗，部分開業醫可能仍會選擇維持現狀，亦即單獨執業並由健保局獲得論量計酬的支付，此部份所衍生的雙軌問題將於下節中再做陳述。

(三) 建立家庭醫師基金第三步驟：實施論人計酬制度

在實施開業醫師基金的階段組成中，以此一組成事先應準備委託的學術研究報告最多。首先必須先進行危機調整論人計酬公式的研究，此一研究的技術面頗為困難，其精算的結果是預防部分病人遭受歧視的基礎工程。不過危機的調整不可能百分之百周延，其他保障病人不受歧視的學理及實務探討仍有必要，這是所有多元保險人架構中所必須正視的第一個議題，雖然這裡的多元保險人是由開業醫師聯盟擔任。其次則是對論人計酬的其他細節，參考他國經驗提出學術研究報告，甚至組織研究小組出國進行二個月的密集研究行程，並且同時探討開業醫師

論量計酬及論人計酬雙軌並行所可能衍生的問題。

本報告同時建議，本步驟及上個步驟中所列舉的相關學理問題，可以考慮作為二代健保下一階段的研究主題，並分別由不同的主持人規劃不同的主題，同時考慮定期的聚會分享成果，而且以基層醫療基金作為聚焦的議題，提昇聚會的有效性及效率性。

在實務規劃方面，除了已經提及的預防歧視和危機調整公式外，也要考慮如何在論人計酬之外加計行政成本，並且規劃如何在醫師聯盟面對非預期危機的補償機制(compensation scheme)，這些機制包括明列不屬於醫師聯盟責任範圍的財務補償，例如個人最高承擔金額，超出者部分由中央基金支應。或列舉一般論人計酬以外的支付方式，例如為鼓勵預防保健措施而保留此項目的論量計酬，或是列舉部分疾病為了提昇品質、保障危機分散、促成整體照護所保留的其他支付管道，例如現行中央健保局的五大疾病給付方案等等，均可視為此補償機制的一環。這個補償機制的設計可以減輕開業醫聯盟的危機負擔，鼓勵開業醫師投入論人計酬的家庭醫師行列。此一機制的設計也會使聯盟的支付基準多元化，成為部分論人計酬制度。

除此之外，門診藥費及檢驗費用是否應該獨立，另外以不同的支付基準計算，或仍以論人計酬但盈餘應獨立保留，可以參考他國經驗另作設計。例如德國將藥費獨立出單一的總額，並明確告訴醫療院所，超出藥費總額的部份將回頭扣除醫院總額或基層總額的部分，以提供明確誘因。另一個非常重要但實務上並不複雜的規劃是在民眾仍舊可以自由就醫的情況下，不同聯盟，或聯盟與醫院門診部門之間如何拆帳的計算問題，其技術面雖然簡單，但卻可以在實施家庭醫師制度的初期維持民眾就醫的自由，是非常具有成本效益的設計。再其次則是聯盟內部的財務控管方案，此方案可以由政府進行技術輔導與協助之後，任由各聯盟自行發揮其創意與特色。最後在實務上也應該參考英國經驗評估民眾的就醫等候時間是否會延長。

在預期效果方面，比較明顯的會是民眾逐漸習慣自己有家庭醫師的事實，因為即使民眾可以自由就醫，但就醫單位基於拆帳流程，必然會詢問就醫者的家庭醫師，並向其所屬聯盟要求轉撥支付金額。另一個可以預期的是必定有部份民眾及部分開業醫不願加入此一計劃之中，而維持論量計酬支付方式，其中民眾部分對制度的衝擊較小，開業醫部分的雙軌制則需要借助他國經驗加以探討。至於開始實施論人計酬之後是否會引起部分開業醫師的反彈，或是制度的設計是否會鼓勵較具負面特質的開業醫(例如生意不好)來參與聯盟，由於此僅予列舉而不做進一步的申論。不過民眾的等候時間是否會因論人計酬的開辦而延長，則需要於實施時加以觀察評估。

在整個第一階段的三個步驟全部實施之後，從實務面來說，家庭醫師基金制度已經大部分完成。但由學理面來說，想藉家庭醫師基金制度帶動醫療體系重整的企圖才完成一半而已，因為上述方案全部是在基層總額預算的範圍內，所進行的小總額分配而已，與醫院總額並無關係。這樣的設計比較可以保證醫院不去干涉診所總額改革的家務事，但學理上醫院服務供給者與購買者的角色在此階段仍未劃分清楚，醫療體系最基本的組織改革仍未啟動，因此有賴下一個階段作關鍵性的制度突破。

(四) 落實轉診制度階段

要讓基層家庭醫師成為病患購買醫院服務的代理人，透過更高層級的制度設計自然而然落實轉診制度，並使公共雙重契約體系中的第二層契約，也就是診所與醫院之間的轉診契約發揮作用，同時提高醫院之間的品質競爭與價格競爭，全部有賴此一階段的設計與執行能否成功。因此本階段的工作，是在前述的基礎工程穩固了基層醫療團隊的合作模式之後，以基層醫療為主導所展開的關鍵性體制改革。或者也許可以說，第一階段改革的三個步驟，主要在轉換基層醫療的體質，而第二階段的改革，主要在轉換醫院系統的體質。

落實轉診制度的步驟只有一個，就是由現行的醫院總額中，切出屬於診所總額承擔風險的金額，待民眾赴醫院就醫時，由基層總額撥付醫院，而不由醫院總額支出。總體層級決定之後，在基層總額中再按風險校正之論人計酬撥付各開業醫師基金，家庭醫師所開立的轉診費用，若為當初所列舉之疾病，則由各開業醫師基金給付醫院。

疾病或病例組合之列舉，並不需要涵蓋所有的疾病，以免開業醫師基金承擔過多的風險，但疾病的列舉也不能過少，以免影響醫院競爭轉診合約的動機。因此由開業醫承擔住院風險的疾病，最好是發生機率較高或機率容易計算者，或是住院單價不大但其全體發生總金額不少的疾病。這樣的原則乃著眼於希望個別開業醫師基金不用承擔過多的風險，但又提供足夠的誘因使醫院來競爭開業醫師基金的轉診合約。舉例來說，若一疾病發生機率極低，但是一旦發生後的住院費用極高，且該疾病在總體市場中的總金額佔率不高，此一疾病極可能使開業醫基金承擔較高的不確定性，但卻對提高醫院競爭的誘因不足，這種疾病最好仍依舊按照現制留在醫院總額中予以支付。

這樣的設計應該事先進行至少兩項學術研究，第一是探討這種完全以代理人理論進行醫療體系改革的優缺點，此一設計的優點在學理上顯而易見，但在實務應用上的優點是否如學理所預測，以及其學理上的缺點，兩者都需要透過專業的學術評估來加以呈現。其次是必須由總體層次來計算疾病別或病例組合別的醫療花費，以據此決定轉由開業醫基金或基層總額承擔風險的疾病種類與範圍。

落實轉診制度階段的實務問題，首先要決定財務流動的方式，包括醫院總額切出一塊轉由基層總額承擔的切入角度，是以疾病別、病例組合或其他方式，以及開業醫師基金或基層總額付費給醫院的支付基準，是論量計酬、疾病別、疾病組合或其他方式，或甚至交由醫院與個別開業醫基金自由訂定合約內容。其次可能有必要對聲譽較差無法爭取合約的醫院進行輔導，同時依據英國的經驗，品質最好但價格最貴的醫學中心也有可能爭取不到轉診合約，應另行研擬配套措施。

此一階段如果進行順利，其效果很容易預期。首先是醫院必須以提昇品質和降低價格為手段，來向開業醫基金爭取轉診合約。這就是以基層醫療為主導的整合性醫療體系，而轉診制度是在另一個更高層級的體制改革下來完成其落實任務的。而造成此一結果的學理依據，來自醫院服務提供者與購買者的明確劃分，醫院服務過去的購買者是無知的病患，此制度下的購買者則是代理病患的家庭醫師，而其策略則是個別開業醫師聯盟所組成的基金。

此一制度設計並沒有忘記，基層醫師與醫院所簽訂的合約內容，對病患而言是開業醫聯盟的產品內容，消費者會透過此一開業醫與醫院聯合的產品內容來決定家庭醫師，這種學理上的公共雙重契約體系，極有可能帶來可以兼顧醫療品質的價格競爭，此一精神與美國 1993 年的健保改革方案，及英國 1993 年以來的改革內容相通。舉例來說，醫院門前診所由於後送醫院只有一家，比起其他診所擁有十家以上的醫院轉診合約，民眾登記家庭醫師時自然會將此一條件納入考量。

(五) 落實分級醫療階段

本報告所建議的第三個階段旨在落實分級醫療，其階段性的設計在時序上位於轉診制度的實施之後，其實施則需要至少兩個要件，第一是透過之前的制度設計使每一民眾都已經習慣於家庭醫師制度，第二是民眾已經自願性的普遍登記家庭醫師，亦即僅有少數的民眾沒有登記家庭醫師。在這兩個前提下，可以考慮開始限制民眾逕赴大醫院就醫的自由。

本規劃會把落實分級醫療列在比較後面的時間點來實施，一方面是基於民眾看家庭醫師的習慣需要一段時間才能養成，這是在行為面和文化面上與傳統銜接的考量；另一方面則是基於限制民眾就醫的自由必須極為小心，本規劃成員認為這不僅僅只是為了政治可行性或減少反對壓力所作的考量，而是基於選擇的自由是人類社會值得特別尊重的一種本質，以及促成進一步提升效率的重要策略。也是因為這樣的立場，本規劃在提出落實分級醫療的建議時將另外再提出一些配套

措施，來保障民眾就醫的選擇自由。

本規劃建議分為兩個步驟來實施，第一步驟先行限制民眾逕付醫院就醫的自由，待上軌道之後再進入第二步驟以限制民眾在同一基層醫師聯盟內看診，因為前者對民眾的衝擊可能較小，而這兩個步驟都應該沒有需要特別處理的學理問題，因此可以直接進行實務面的規劃動作。

在限制民眾直接到醫院門診就醫方面，實務面的規劃包括教育宣導和考慮是否設計進一步的民眾財務誘因，例如是否恢復健保開辦時遭到醫院系統強烈反對的措施，亦即對不經轉診逕付醫院就醫者收取較高額的部分負擔。此外由於必須對急診作除外的規定，因此需要對急診的範圍作明確界定，以及製作標準流程處理非急診但逕赴醫院的民眾。此外，醫院在此時必然會遭到組織及財務重整的壓力，因為原本佔相當比率的門診收入已經正式消失，組織重心必須調整到住院或研究部門，不過由於前面幾個階段的準備，部分醫院對於此時的衝擊，應該有了因應之道。但是由於中央健保局對醫院門診業務的擴充似乎已經失去耐心，因此醫院自主管理的措施已於 2004 年正式實施，但在缺乏整體戰略的前提下單獨執行醫院自主管理這個戰術，其成效有待評估。

第一個步驟限制民眾逕付醫院就醫的預期效果，就是建立正式的分級醫療體系，醫院門診量正式由基層取代而可能大量減少，但醫院也因此得以回歸醫院處理急重症和教學研究的專業。此外則可能必須處理部分醫院的反彈或甚至倒閉或併購。在限制民眾逕赴醫院就診的步驟中，由於民眾仍可以透過轉診接受醫院服務，因此並不是真正的限制。但是在限制民眾只能在家庭醫師聯盟內看診的組成中，民眾並無法接受的其他診所或聯盟的服務，因此其對就醫自由的限制要更為嚴格。這也是本規劃建議以聯盟而不以醫師為限制條件的主因。因為如此，制度設計應該在限制民眾到其他聯盟就醫的同時，在實務面設計配套措施來保障民眾的就醫選擇權。基於英國的經驗，本規劃建議應該在此步驟告知民眾，讓民眾只需透過一張明信片即可隨時更換家庭醫師，同時不必陳述其更換的理由。這個措

施不必在所有前面的階段中實施，但本規劃建議在此階段中實施。這個措施看似可能帶來行政上的麻煩，但在實務上當民眾習慣於與家庭醫師相處之後，經常更換的情形應該不常發生，這方面可以在取法英國的經驗後作進一步細節的規劃。

此一組成的預期效果為家庭醫師制度的進一步落實，並對之前所提到的，家庭醫師所屬後送醫院的品質及價格競爭，提供更為落實的誘因。整個家庭醫師制度的建立、轉診制度及分級醫療的落實，至此可謂大功告成，也顯示了本規劃中程方案的結束。

(六) 落實基層醫療保健階段

前面的措施雖然有可能完成台灣醫療體系長久以來想要達成的不可能的任務，但對於落實基層醫療保健這個台灣發展的遠程願景而言，這只是一個財務機轉與組織架構的開端而已。

基層醫療保健(primary health care)的理念有其長遠的歷史演變，其所涵蓋的範圍同時包括學理及實務兩部分，而且其概念並不僅只於由基層診所來實施而已。世界衛生組織從 1978 年起推行基層醫療保健時提出五個主張：公平、社區參與、跨部門合作、適當的技術、健康促進，這些主張的實現並不限於基層醫療部門。不過也不能否認，基層醫療體系的健全發展會有助於基層醫療保健的擴大與落實。

在學理上可以透過世界衛生組織二十多年來的經驗與報告加以探討，也可以對世界各國推動基層醫療保健的心得與困難加以提出解決之道。這些探討的層面將會非常廣泛，例如當面臨醫師無法在基層以群體合作的方式推動服務時，其問題的根源在於醫學教育的內容必須有所改變。這個小小的例子即可顯示其理論及實務層面的複雜性。衛生署國民健康局在 2002 年推動的衛生所組織重整研究，以及社區健康營造的評估研究，都必然會探討到這個根本的議題，正好為台灣下一個階段的改革預作若干準備，並完成應有的基礎研究。

基層醫療保健學理的探討暗示醫療業務與保健業務在實務上，尤其是社區層級加以整合的必要性。在以往，有關醫療體系重整的計畫屬於醫政部門負責，而保健業務屬於保健部門負責，將來的業務必須跨部門統合兩者的共同努力才有可能執行。例如在家庭醫師制度中，護理訪員(health visitor)的角色是協助醫師處理簡單症狀，提供衛教與民眾接觸的第一線高級護理人力，其角色類似，但其實際功能會大於目前衛生所的公衛護士。在家庭醫師建立之後，這些護理訪員可以考慮全部或部分由國家支薪，但由家庭醫師聯盟統籌其人力運用，進行國家所交負的保健任務，包括家庭訪員、病患收案列管、健兒門診、電話處理一般症狀、衛生教育、營養指導等等業務。

護理訪員或公衛護士的重新定位，顯示有必要設計家庭醫師與預防保健功能的整合性組織架構，並牽涉到地方衛生局與衛生所的功能調整，而 2002 年國民健康局所委託進行的計畫並沒有考慮到醫療體系重整之後的功能改變。其次，長期照護、精神病患、失智老人、發展遲緩兒童的照護也需要由社區層級的家庭醫師與社工單位相互整合，完整的照護才有可能在社區生根落實。

因此，家庭醫師制度的建立在理念上還牽涉到社區功能的落實，以及國家衛生政策分權理念的落實，而這也正是世界衛生組織強調社區參與的精神所在。不過，社區參與原則的落實牽涉到國家民主化的程度是否已經深入草根性的社區之中，以及台灣社會傳統中社群主義的強烈程度，台灣的社區在草根民主與社群主義精神上的弱點，正巧顯現在衛生署自 2000 年以來所推動的社區健康營造計畫之中。

落實基層醫療保健，對若干基層體系進行組織重整，以及擴大家庭醫師聯盟團隊的功能，雖然是可以預期的成果，也是本階段的計畫目標，但其達成也是台灣社會一段國民自我教育、落實社區草根民主、和透過社區功能照護人民健康的長遠過程。

第四節 對台灣當前總額政策的建議

本節摘要上述內容，並以實際數據作為依據，提出以下的政策建議，其中部分與總額的協定與劃分有直接相關，部分則與總額的協定與劃分間接相關並需要更高層級的政體政策規劃。以下的政策建議摘要分為六點，但比較詳細的策略內容及後續規劃已經詳述於本章第三小節之中。本節的敘述重點，在於為了達成各階段的政策目標，其在政策操作上可以運用的策略內容。

(一) 以基層醫療守門員作為控制專科醫療費用的長期策略

由於醫療費用上漲的同時通常也一併伴隨健保保費調整的困難，這一點台灣與其他國家均面臨類似的問題(Roberts et al 2004)；另一方面台灣原本寄望國家醫療費用總額預算的實施，能夠提供足夠的誘因而抑制醫療費用的上漲趨勢，但是國家總額搭配論量計酬的結果，提供充分的誘因鼓勵醫療院所基於個別理性而非集體理性來相互背叛，造成點數持續增加點值下滑的結果。這個賽局理論所預期的結果同樣出現在德國的基層總額預算中 (Busse & Howorth 1999)，可見問題極可能在於制度設計本身的缺失，而不在總額執行層次的瑕疵，持續漠視點值稀釋的問題，或將其歸咎醫療院所持續擴充服務量的結果，恐怕無法真正解決問題。

基於第一章中所描述分級醫療必須兼顧醫療費用控制的基本前提，本研究建議以家庭醫師制度中的專科醫療守門員功能，作為控制醫療費用的長期策略，而非現行的以總額預算搭配論量計酬作為長期策略。這樣建議的原因，在於期望透過家庭醫師的守門員功能，來增加基層醫療服務，並降低專科服務中的手術率和住院率，這也是部份學者在評估日本醫療體系可以維持較低醫療費用時，所認可的可能原因之一(Hsiao 1996)。評估研究指出美國最常施行的手術中有 25%是不必要的，台灣專科醫療的總體費用有必要由家庭醫師的守門員功能來予以節制，至於基層門診本身的總體費用，則可以參考以下的第二點建議來進行節制。

不過專科醫療守門員功能的發揮一定會限制民眾部分現行的就醫自由度，必須考慮以下第三個建議內容循序漸進，以提升決策層級和執行層級的可行性，降低政治層面的負面衝擊。

(二) 以論人計酬的醫療群組織體系作為控制門診醫療費用的長期策略

醫療費用的主要組成是數量與單價，如果門診醫療費用或總點數上漲的主因在於單價的上升，則應該考慮比論量計酬更具誘因的支付基準來抑制醫療費用。表 2-3 顯示 1997 至 2003 年台灣門診醫療費用的申請狀況，門診費用佔總醫療費用的比率在這七年之間穩定維持在 66-68%，其中總醫療費用上漲的年成長率為 6.6%，門診醫療費用總點數上漲的年成長率為 6.2%，兩者的上漲比率僅有微小的差距，因此造成門診費用佔總醫療費用的比率以每年 0.3% 的速度在逐漸減少之中。

表 2-3 台灣歷年門診醫療費用

年別	總申請 醫療費用 (百萬點)	門診件數 (千件)	門診申請 費用 (百萬點)	門診費用 佔總申請 (%)	門診申請 每件費用 (點)
1997	241,484	293,346	163,539	67.72	557
1998	268,670	311,286	183,055	68.13	588
1999	291,369	322,224	197,870	67.91	614
2000	296,840	315,063	198,684	66.93	631
2001	311,547	313,947	206,918	66.42	659
2002	339,704	317,501	224,342	66.04	707
2003	353,925	315,631	235,200	66.45	745
年成長率*	0.066	0.012	0.062	-0.003	0.050

資料來源：1997-2003 健保局統計年報

$$* \text{年平均成長率} = \sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$$

特別值得注意的是在門診費用每年所上漲的 6.2% 之中，有 1.2% 來自門診件數或所謂「數量」的增加，但有 5.0% 來自每件申請費用或所謂「單價」的增加。在此數據的前提下，論人計酬由於可以提供充分的誘因而降低門診的單價，因此對社會總醫療門診成本的控制將具有實質上的作用。不過由於病患名單、論人計酬、和守門員功能為家庭醫師的重要組成，其實施有待下一個政策建議的完整內容。

另一方面，論人計酬下的全國總人口數由於固定不變，以論人際酬作為支付基準的結果，社會總醫療點數就等於全國總人口數，總額預算下浮動點值的概念在門診費用的部分將不再適用，但政策制定時將回歸每人合理醫療門診費用應該如何設定的討論。

上述兩點建議的內容看似與醫療費用控制有關，但實際上這兩點建議也正是建立家庭醫師制度的兩個重要組成。這樣的陳述方式也顯示，基層醫療體系或家庭醫師制度的建立，不僅與分級醫療有密切關係，它同時也是國家控制總體醫療費用政策中不可或缺的長期策略。

(三) 建立由基層醫療主導的分級醫療制度但策略上不排除由醫院主導

本研究提出四階段七步驟的基層醫療改革計畫案，以建立由基層醫療主導的分級醫療制度，其中第一階段為建立基層醫師基金(包括民眾登記家庭醫師、組織開業醫師聯盟、實施論人計酬支付單位三個步驟)。第二階段為將部份住院及手術醫療費用，轉入基層醫療論人計酬的財務機轉，再由基層醫師付費給醫院服務的專科醫療，以落實轉診制度。第三階段為落實分級醫療階段(包括限制民眾逕赴醫院就醫，及限制民眾在同一聯盟內看診兩個步驟)。第四階段則在上述基礎之上落實基層醫療保健的精神，以社區為據點整合醫療領域中不同專業領域的服務，例如精神醫療、長期照護、與部分社會工作等等。其詳細內容如本章第三節所述。

這樣的設計具有其一定的步驟與階段，其誘因的設計詳情如第四點建議的內容所述，但就其主要精神而言，民眾登記家庭醫師的目的，在於針對每位家庭醫師形成病患名單，並讓家庭醫師對名單中的病患健康負起責任，這也是整個家庭醫師制度最核心的精神所在。對名單中病患的健康不必負責的家庭醫師制度，猶如沒有神佛或缺乏上帝的宗教信仰，只是徒具形式的表像而已，這一點應該嚴肅的用來評價台灣目前雖推動的家庭醫師試辦計畫。

基層開業醫師聯盟的成立，目的在達成基層的水平整合、專業分工、與部分的市場區隔，並為論人計酬支付基準的實施預作準備，這一點只要提供誘因之後任由市場機制運作即可，但台灣實施家庭醫師試辦計畫所提供的誘因為 350-500 萬的行政經費，誘因不夠明確，此議題留待下一點建議中從誘因的角度再作分析。

至於論人計酬制度的實施，主要目的除了提供財務誘因期待基層醫師以更具效率的方式提供服務，包括透過上述的聯盟機制鼓勵聯合執業之外，其核心價值更在於加重個別醫師對病患健康的責任。因為第一步驟加在醫師身上的責任僅僅在於登記人口數的多少，而第三步驟加在醫師身上的責任還包括健康促進和疾病的早期治療，因為在論人計酬的機制下，病患的健康與醫師的收入呈現正相關；而在論量計酬的機制下，病患的健康與醫師的收入呈現負相關。

第二階段落實轉診制度的設計必須在時間上較晚實施的原因，第一是因為基層的整合應該要先建立完成，第二則是策略上必須將部份住院、手術等專科醫療費用，轉為透過論人計酬機制預先付給基層醫師，在由基層醫師依病患狀況付費給醫院，因此牽涉到基層總額與醫院總額之間的部分重新調整與劃分，其所必須面臨的政治效應最好在基層整合之後再發生。至於第三步驟落實分級醫療階段，由於牽涉到民眾就醫選擇權的損失，則理應最後發生，而政治策略上最好透過前面的步驟讓民眾已經習慣看家庭醫師之後再全面實施。

上述策略可以不必硬性排除由醫院來主導的考量則有三個。第一個原因是政治面的考慮，因為醫院代表往往在醫療政策的制定上，比基層醫療團體更具影響

力，因此沒有必要在政治操作技巧上犯過分嚴重的錯誤。第二個原因是技術上的考慮，因為醫院如果願意整合基層診所，形成完整的病患名單並以論人計酬作為支付基準，由體系內部自行形成轉診制度，這樣做並不妨礙分級醫療政策目標的完成，架構上也與家庭醫師制度的三個基本組成相符合。第三個原因是長期效應的考慮，因為除非醫院之間也成立類似的聯盟，否則以醫院為主導的整合體系只會有單一或少數幾家後送醫院，相對於由基層醫療群所主導的體系，後者可以與非常多家後送醫院同時簽訂合約，屆時民眾的選擇會傾向於那一種有待觀察。另一方面，基層醫師如果在短時間之內就明白，由自己主導的體系可以由全民健保局獲得論人計酬費用，將來也不排除由其他民間保險人獲得其他醫療服務合約的機會，同時又可以有能力與醫院談判轉診合約的內容，屆時基層醫師會如何選擇也值得觀察。雖然在美國許多醫院以垂直整合(vertical integration)的概念來合理化這種由醫院主導的社區醫療，但由歐洲國家醫院系統的發展歷史來看，這樣的觀念未必符合分級醫療的功能性區分(Healy and Mckee 2002)，甚至於垂直整合概念在美國本身的實施結果也只有極少數成功的例子，反而轉向虛擬整合(virtually integration)的方向發展(Robinson 1997, Conrad et al 1988)。有關醫院與社區醫療的分級概念將於下一章中再詳述。

(四) 以民眾登記家庭醫師的財務誘因作為改革的起始點

當政策規劃釋出每次至家庭醫師處就診減免 50 元部份負擔的財務誘因時，民眾是否登記家庭醫師，或是否至家庭醫師處就診仍是自由的，但此舉將讓全國的民眾全部成為潛在的家庭醫師登記者，這正是鼓勵基層醫師自動自發組織醫療群的最強烈誘因，而組織基層醫療群之後所需的行政費用只是彌補必要的開銷而已，對基層醫師而言未必是強烈的誘因。此時當然開業醫師是否組織聯盟也是自由的，但後續可能隨時實施的論人計酬及轉診制度，則又進一步成為未來可預期的財務面與制度面的雙重誘因。

當基層醫師透過論人計酬掌握部份轉診醫療費用時，制度上已經提供充分的誘因讓醫院積極競爭診所的轉診合約，而競爭的手段無非就是提高品質與降低價格，轉診制度的建立在此時成為財務誘因與制度設計下的自然結果，而非行政措施管制下的暫時現象。

由總額中補助部份負擔可能每年增加 58-115 億元的總額醫療費用，其計算基礎為每次基層門診減免 50 元，每人每年基層門診 5-10 次，全台灣 2300 萬人。這樣的補助不但具有強烈的專業技術性考量，這樣的策略也可以具有強烈的政治性考量。因為衛生署因應健保制度改革與保費收入不足所提出的三個主要策略，分別為增加健保費率、增加部分負擔、減少健保給付項目，不但在學理上加重財務弱勢者與健康弱勢者的財務負擔，在政治上也容易招致反彈。因此在政治技巧上可以考慮在擴大費基或調整費率的同時，以補助家庭醫師基層門診的部分負擔作為交易，並以此作為對民眾宣示進行制度改革的政治承諾。當民眾對制度顯示出愈大的不滿時，給予民眾較多承諾並進行重大的改革，其實是相當有效的政治策略 (Edelman 1984)。

補助部份負擔還有一層重要的學理考量，就是部分負擔的財務來源無論是病患個人、健保局、醫療院所、甚或商業保險公司，此一醫療支出由社會成本的角度而言是完全一樣的，因為經濟成本指的是資源耗用時所產生的機會成本，而由誰付費買單只是移轉性的支出。如果由機會成本或社會成本的角度來進行政策的邊際分析，健保局補貼部分負擔的策略並不會增加社會總成本，但卻足以藉此啟動下一波台灣醫療體系的整體改革。

唯一的顧慮是補貼部分負擔會不會反而鼓勵民眾多看基層門診，因而實質增加社會總成本。依據 RAND 的實驗計畫門診次數的價格彈性遠低於住院次數的價格彈性，其中門診次數的價格彈性大約為-0.23 (Newhouse 1993)，其他的研究經驗也顯示門診次數的價格彈性為-0.1 至-0.2 (Feldstein 1999)，因此補貼門診部分負擔對於增加總體門診次數的效果極微小，加上後續可能實施的論人計酬與專

科醫療守門員措施，都可以有效抑制總體醫療成本，因此總體而言補貼門診部分負擔是有效果(effective)而且有效率的(efficient)階段性策略。

(五) 以醫院、基層、及藥費總額之額度轉移作為長期調整策略

雖然由於價格彈性的關係，補貼門診部分負擔對於增加總體門診次數的效果極微小，但補貼基層家庭醫師門診，卻不補貼醫院門診，也不補貼基層非家庭醫師門診，其所造成的就醫場所間的轉移效果可能是非常大的，這部分並不是單一的價格彈性所能解釋或預測的。總額機制有必要基於人民對上述誘因所作的選擇行為，對醫院總額與基層總額之間進行重分配，以避免提供較多醫療照護者的損失。這部分的資源重分配比較屬於事後的調整機制，而非事前的調控機制，但即使是事後的調整機制也可以在事發之前，就訂定好遊戲規則，協商雙方的參與者之後再實施。

與人民的就醫選擇同時發生的是醫師執業地點的選擇。如果預期家庭醫師制度的實施可以吸引醫院醫師至基層開業，則基層開業醫師的增加就會伴隨基層門診服務量的增加而同時發生。不過總額的設定與調整，可以不必特別針對醫療供給量的變化進行調整，以免造成負向的行為動機，讓資源一直往原本資源就相當充分的地方再作移動。

在家庭醫師制度之下，由於醫院總額的門診支出將逐漸減少，基層總額的門診支出將逐漸增加，因此有必要將部份的醫院總額轉為基層總額使用，其轉移的基礎可以由醫療費用協定委員會與醫療提供者共同協商，或進行部份的檔案分析，例如協商以門診人次的改變率為基礎，或以拿藥日數的改變率為基礎，或以實際申報點數的改變率為基礎。但為了配合整體的規劃以達成級醫療目標的完成，也為了協商過程中讓費用協定委員會能夠有更為明確的政策操作空間，本研究建議將藥費分別成立總額(詳如第四章)，或至少在醫院與基層總額就門診費用進行轉移時，對於藥費的轉移作單獨的考量。

醫師診察費的轉移比較可以由門診人次簡單計算就獲得答案，頂多是考慮基層醫師透過群體執業所預期的效率改善或工時減少的部分，但藥費的轉移就不一定是線性的轉移。如果基於本章所建議的家庭醫師制度，以及下兩章所建議的論病例計酬住院支付制度，和實施藥費總額的共同影響，當醫院總額將慢性病人的門診費用大量轉移至基層總額時，基層總額的慢性病患藥費預期會有大量的增加，這部分理應增加基層總額中的藥費以為因應。但同時醫療費用協定委員會也有充分的理由，要求基層總額減少傷風感冒等基於醫學理由原本可以不必服藥的藥費總額，這些部分可以交由醫療費用協定委員會協商與操作，其他有關藥費總額的設計原理與因應措施詳見第四章的陳述。至於檢驗費用是否轉移，以及如何轉移，這部分超出本研究的範圍而暫時不作處理。

(六) 危機調整機制與選擇家庭醫師的自由度為制度成功的關鍵性設計

以論人計酬支付基準所建立的多元保險人制度，不論保險人的組織型態是屬於營利公司、非營利性法人、或是基層開業醫師聯盟，此一制度可能衍生的最大弱點，就是承擔財務風險的保險人可能歧視醫療費用較高的病人。制度設計上應該事前盡量避免或減少這個主要弱點的影響，避免的方式在供給面設計的部分是危機調整論人計酬的公式，在需求面設計的部分是選擇家庭醫師的自由度保障。

危機調整論人計酬的公式計算，所牽涉到的學理探討較少，實證模型的演算較多，但一般而言在相對較少的母數之下危機的計算不可能完全精確，因此危機調整公式可以減少，但無法消除部份病患可能被歧視的現象，因此部分不列入公式計算的除外規定、個別醫療群的停損點設計、或醫療群最低人數的規定，均應該列入公式設計的一部分作整體考量。

由於家庭醫師的登記會限制民眾在生病時找其他醫師作為第一位接觸醫師的自由，因此容易產生雙邊獨占(bilateral monopoly)的賽局，亦即醫師一旦獲得契約之後，在契約有效期間醫師可以有比較大的空間，對契約內容重新約定與詮

釋，這種現象在缺乏契約競爭者的情境下更容易發生(Mayer 1985)。

為了維持人民選擇家庭醫師的自由，與維持基層醫師在獲得契約之後的競爭情境，制度設計應該賦予人民隨時自由選擇家庭醫師的權利，這樣的選擇也是人民運用理性可以有能力處理的選擇(Rice 2001)，而不是在制度上限制人民必須登記期滿一段時間之後，才能再進行下一次登記。規定上人民雖然隨時可以更換家庭醫師，但實證上更換的情形未必經常發生，而且絕大多數不想更換家庭醫師的人民，也不必在固定時間強迫重新登記一次，因此反而節省行政成本。

英國的國民健康服務卡上，有關於如果人民想更換家庭醫師的說明如下：「如果您想更換家庭醫師，您隨時都可以更換，而且不必有特殊的理由。只要將卡片正面填妥交給您的新醫師即可，這位新醫師如果接受您作為照顧對象，他會在卡片上簽名並將卡片寄回給我們，我們會再補寄一張新卡給您。從新醫師接受您的那一刻起，您就可以在新醫師處就醫。」

第三章 由醫院總額改革落實分級醫療

本章的主要分析重點，在於如何在現行的台灣總額支付制度下，促成醫院業者共同落實台灣分級醫療制度。本章主要分為四個小節來敘述，第一節從醫療組織既存的組織型態、歷史包袱與限制來剖析醫院分級的困境。第二節藉由深入訪談與專家座談的內容，來了解當前醫院業者面對多元的總額支付制度時，如門住診比例限制、自主/卓越計畫等等的因應與生存之道。第三節引用代理理論(agency theory)的論點，來提出促成醫院業者醫療分級的原則機制，並提出未來醫院住院服務實施論病例別支付制度時所可能產生的效應。第四節探討醫院系統規劃的議題與國際經驗，以最為本報告對未來研究的建議。第五節中將摘要所有對台灣當前政策的建議，一方面方便讀者進行更有效率的閱讀，另一方面則突顯本研究針對總額操作面的政策建議重點。

第一節 台灣醫院分級制度的現行困境

在醫院總額下，如何鼓勵醫院釋出門診業務，但是同時又不至於造成醫院之間資源配置的公平問題，首先必須要先解決台灣醫院間、醫院與基層醫間所潛在的歷史包袱，包括醫院服務在法令規範上的同質性，以及醫院服務在科別結構上的同質性。

(一) 醫院服務在法令規範上的同質性

組織的使命與價值，會引導該組織中領導階層與員工的行事與行為判斷。目前台灣的醫院雖然有公私立之區分，教學與非教學之區分，或是醫學中心、區域醫院、地區醫院等評鑑等級之區分，但是由於機構的分級並不代表醫療服務的分級，論量計酬的支付基準仍然以服務量來決定醫院收入，醫院則再以績效獎金來

鼓勵醫師盡量提升其服務量。而在自主管理實施後，健保支付基準提供醫院的誘因正好相反，醫院業者利用「互推人球」、「衛星診所」、「控制藥價」、「規避重症病患或罕見病例」等等的手段以為因應，其目的則在減少或維持既有的服務量，並提升醫院的利潤。

醫療組織的功能角色模糊性，可以從台灣醫療設置規範中，對醫療組織的模糊定義中得知。舉例來說，「醫療機構設置標準」¹第二條第一款規定，醫院可分為綜合醫院、醫院、專科醫院、慢性醫院、精神科醫院、中醫醫院、牙醫醫院等等。以醫療權屬²來分，醫院組織可為公立醫院(包括縣市立醫院、軍方醫院、衛生署立醫院、退輔體系醫院、教育體系醫院)、私立醫院、財團法人醫院等等。以教學屬性³來區分，醫院可分為教學以及非教學醫院。然而這樣的醫院組織分類型態，實在無法確切地指出醫院在醫療體系中分級的功能，舉例來說，醫療設置標準只能對醫院的「服務內容」作一規範，權屬別對醫院的「資產屬性」作一規範，而教學屬性只表達醫院在醫學教育與研究上是具有傳承使命的。

醫院評鑑制度對醫院的角色分級似乎是目前台灣醫療體系中，唯一可以用來區分醫院與醫療服務分級的基礎。在 1988 年，行政院衛生署依據醫療法與醫療網計畫，開始辦理台灣地區醫院評鑑暨教學醫院評鑑，將醫院功能分為三級，分別為醫學中心、區域醫院(教學與非教學)，以及地區醫院(教學與非教學)。而根據「醫療保健計畫-建立全國醫療網第二期計畫」，醫學中心的功能主要在於研究、教學、訓練及高度醫療作業等多種功能之教學評鑑醫院，包括進行需要精密診斷、高度技術的臨床醫療工作，進行臨床教學以及引進醫療技術、開發新技術，

¹ 中華民國七十六年九月十六日由行政院衛生署 (76) 衛署醫字第 690185 號令訂定發布全文 9 條，其後經過多次新增條文與修正，包括民國七十八年十月九日修正發布、民國八十五年五月二十二日修正發布全文 30 條，以及其後於民國八十六年九月三日、民國八十七年二月四日、民國九十二年五月十四日等之修正發布。

² 依據醫療法總則第一章之第三、肆、五、六條款。

³ 依據醫療法總則第一章之第七條款

並輔導一個醫療區域，支援區域內的各級醫療作業。區域醫院應從事精密診斷及高度技術的醫療工作，輔導及提供地區醫院與基層醫療保健單位技術支援，以及輔導地區醫院就其特殊醫療需要發展不同專長的業務。而地區醫院主要提供一般專科之門診及住院服務，接受基層醫療單位的轉送病患，支援基層醫療工作等等。

但是當這樣的規範落實為現今台灣的醫院服務型態時，醫學中心的服務種類卻包含的所有輕、重、緩、急的各類門、住診疾病，而地區醫院似乎只能扮演近乎基層照護的角色。多數的地區醫院為求組織生存開始社區導向的經營方式，包括深耕社區、作第一線醫療服務、將過剩產能轉型為慢性病、長期照護、居家、養護等等服務提供等等，因而使得地區醫院在醫療分級的角色功能近趨於醫療網規劃中的「基層醫療單位」，因此也造成地區醫院與基層開業醫師的角色衝突問題。

(二) 醫院服務在科別結構上的同質性

醫療服務組織的衝突性問題，亦是影響台灣醫療分級的重要影響因素。如前所述，在醫療機構設置標準中，並無對綜合醫院、醫院以及專科醫院的服務類型作一規定。舉例來說，綜合醫院的設置標準明示：「綜合醫院係指從事內科、外科、小兒科、婦產科、麻醉科、放射線科等六科以上診療業務，每科均有專科醫師，且病床在 100 張以上的醫院」；醫院係指從事一科或數科診療業務，每科均有專科醫師的醫院；專科醫院係指專門從事特定範圍診療業務的醫院。在上述的定義中，僅對一家醫院組織的設置標準作一「最低」的科別數與專科醫師數作一限制，因此不管規模大至千床的醫學中心，或是小至 20 床的地區醫院，甚或是開業診所，總是有著相當高的服務科別同質性存在。而對民眾來說，通常以醫院規模大小、醫院名聲、醫師名氣等等作為就醫機構的選擇依據。台灣的本土研究即發現民眾就醫時之決定選擇要素包括醫德醫術、醫療儀器設備(王乃弘 1999)，部分負擔多少、就醫距離長短、健康狀況好壞所得高低、習慣自行服藥與否(江

君毅 2002, 劉彩卿及吳佩環 2001)。醫院科別結構的同質性並進而造成的業者間財務衝突，這也是造成醫療分級成效不彰的重要因素之一。

第二節 台灣醫院業者對現階段政策的因應與建議

在第二節中，本研究團隊成員實際走訪醫院業者，藉由深入訪談了解醫院業者的因應與生存策略⁴，並舉行專家座談會，以反應目前醫院業者的實際運作困境與期望。業者的意見可分為兩大部分，一為在不改變目前基層總額與醫院總額的架構下，由醫院業者進行因應與建議；另一為期望從政策角度來改變基層總額與醫院總額架構，以其達到醫療分級的目的。以下將歸納醫院業者的建議分別描述之，但須注意本節的敘述未必代表本研究的立場或結論。

(一) 維持基層總額與醫院總額架構下醫院的因應與建議

1. 重新定義醫院與基層醫療的功能角色

基於台灣醫院系統在角色功能與服務科別的同質性，醫療院所代表建議衛生主管機關應該重新定義台灣所有不同評鑑層級的醫院角色。以目前台灣醫院功能角色來說，地區醫院的功能角色問題，是在台灣醫院體系中最屬尷尬的一環，主因在於其功能角色常介於基層照護與二級照護的中間地帶。部份地區醫院更自許該機構為社區的守護神，是社區導向，門診照護為主，但這樣的角色功能與基層開業醫的基層照護工作有相當高的同質性。

在醫院總額實施之後台灣醫療生態的轉變，包括大型醫院擴建、地區醫院住診量大幅減少、門診費用成長比率遠大於住院費用、大量病患湧入大醫院、地區

⁴ 訪談的對象共計 121 家醫院高階主管，共計 6 家醫學中心、26 家區域醫院，以及 89 家地區醫院。主要訪談內容再於了解醫院業者對於現金健保總額支付制度，尤其是門、住診比例限制、自主與卓越計畫對參與醫院與非參與醫院所產生的效應，以及對落實醫療分級的態度與期望等等。本訪談活動部份資料借助於國科會專題研究計畫「台灣版整合性照護健康照護系統之研究：從台灣醫院組織型態分析之」(林妍如，2004) 的進行來蒐集之。

醫院衰退等等(王俊文, 葉德豐, 陳俊郎 1999; 張錦文 1998; 賴揚仁 1995; 張煥貞, 張威國 1995)。對於國家衛生主管機關來說, 必須先釐清地區醫院的功能角色, 可能的角色界定包括: 地區醫院是否有存在的必要? 以及如果地區醫院有存在的必要性, 則應以何種功能角色來經營?

目前地區醫院業者對於上述兩個可能角色界定皆有其一定的接受程度。對於以往不太著重於住院照護的醫院, 在門住診比例限制的政策下, 已經漸漸轉型成聯合診所。另一方面, 部分地區醫院由於過去比較深入經營其社區功能, 所以慢慢轉型往社區長期照護(安養、護理之家、呼吸照護等等)服務來發展, 這些醫院因此得以在競爭激烈的生態中獲得生存的契機。另外強調重點專科亦是部份地區醫院的因應策略, 例如如骨外科、胸腔呼吸治療科別來強化醫院特色, 進而增加生存契機。

2. 善用支付基準改革以鼓勵醫療分級

雖然近年來衛生主管機關常是推行各種政策來推動民眾就醫分級, 包括調整各層級醫院之部分負擔、合理門診量等等, 但是對於醫療業者的約束力不大。醫療院所代表建議建議可以利用排除規定(carve out)或補償機制(compensation scheme)的技巧, 即有些疾病在醫學中心或區域教學醫院是採不給付或部份低額給付, 如小感冒; 但對於醫學中心或區域教學醫院在治療重症患上, 則必須依據病患的年齡、疾病嚴重度等等作程度上的支付額度調整, 以此來導正醫院互搶病患、推重症病患等等之弊端。另外, 對於重症、罕見疾病患者等高醫療服務費用花費者, 也必須調整支付價格, 以避免醫學中心或較學區域醫院為成本考量而可能進行互推病患、限診、換藥等之投機動作, 進而影響病患的權利。

利用排除規定或補償機制的技巧亦可以確實落實醫療網中所規定的醫學中心與區域醫院的臨床醫療功能角色, 即醫學中心與區域醫院應該著重於高科技、複雜性高的醫療技術進行研發與傳承, 而對於輕、緩疾病應由地區醫院來作處置, 以確實落實醫療分級制度。

不同評鑑層級的醫院在門住診比例的規範上必須要作程度上的調整，除了「數量」(如 45: 55)的限制外，必須佐以上述在實際執行運作面的考量(如排除規定或補償機制的技巧)，並適時融入醫學中心、區域醫院、地區醫院在醫學教育與專業上的真正價值角色。除此之外，對於教學醫院在醫學教育與研究方面的努力以必須同時給予肯定(credit)。

3. 輔導地區醫院轉型

目前地區醫院採用的策略包括轉型為聯合診所、多開發自費項目、轉型為慢性、長期照護型醫院、或是強調重點專科化發展。

選擇轉型為聯合診所的地區醫院，該類地區醫院在門住診比例上通常有著懸殊的差異。換句話說，這些地區醫院在之前的經營即是以門診的服務為基礎，在病房的住院收案有限，因此在自主管理與門住診比例要求下，自動轉型為聯合診所。這樣的轉型對該類型的地區醫院來說不無太大的衝擊性，在資產上亦無須作太大的調整。

多開發自費項目亦是醫院業者採用的競爭策略。不管在醫學中心、區域醫院、地區醫院或基層開業醫皆有所聞。另外，地區醫院在醫院總額的壓力下，開始附設慢性、長期照護、居家、養護型服務，這樣的轉型對地區醫院來說是相當吃香的，這是因為民眾認為在家人需要慢性、長期照護、居家、養護等方面的照護服務時，如果該些服務提供是由(地區)醫院所附設時，則醫院可以即時在病患需要急性照護時提供急性照護服務，因此在具有急性醫療服務做後盾的地區醫院來發展長期照護服務時，可能比一般民間養護、安養機構具有較佳的競爭優勢。

重點專科化發展亦為部分地區醫院生存的契機。在範圍較為窄化的專業服務區隔中，如骨外科、胸腔科等等，這樣的地區醫院在現今的醫院業中仍可占有一定的優勢。除此之外，部份地區醫院業者表示其管理資源較少，因此在策略思維上原本就較不足夠，醫療院所代表建議建議衛生主管機關亦可進行產學合作，或利用醫學中心或區域醫院管理人力認養輔導，以助地區醫院業者轉型。

(二) 合併基層總額與醫院總額架構下醫院的因應與建議

「建立分級醫療及轉診制度」的理念，反映了政策制定者希望藉由落實連續性照護，也就是藉由服務的整合，來提供消費者最適當的健康及醫療照護服務，包括基層醫療、急性醫療，以及復健、長期照護等連續性之服務。這個以病患為核心的照護規劃要從政策法令上來落實，在實際運作上必須要有一些配套措施，包括對傳統台灣醫療業者既存的醫療組織生態及民眾就醫習慣作一改革，這是因為台灣既有的醫療就醫市場特色，與國外歐美制度是有所不同的。

對台灣醫療業者來說，最常令人混淆的是「醫療分級」指的是「醫療服務分級」或是「醫療機構分級」？簡單來說，台灣醫療照護服務的分級（即基層醫療、急性醫療、復健、長期照護等）並不等於醫療機構的分級（即診所、醫院、長照單位等）。當醫院與醫院之間，以及基層診所與醫院之間，因為服務的高同質性而產生的財務收風險，使得跨機構整合時彼此的信任面臨挑戰（林妍如，萬德和，2003）。

因此在落實醫療分級的概念時，如果要維持台灣目前醫療機構的服務組織型態，以及目前民眾就醫自由程度的前提下，醫療院所代表建議必須從總額支付制度方面著手。也就是說，如果醫院的服務沒有明顯分級，民眾就醫行為有沒有明顯分級，則制度上規定基層診所與醫院必須分別設定總額的機制可以考慮取消，合併基層診所與醫院的總額，合併之後再將醫療業中的所有「醫療服務」依類型，如基層門診醫療、專科門診醫療、急性住院醫療、慢性住院醫療等等作一統整。醫療院所代表認為這樣做的優點是醫療業者（包括基層醫師與醫院業者）不需進行醫療組織架構的重大調整，並可允許醫療業者進行多角化的整合服務經營，除可增加市場機制，並藉此落實以病患或個人為核心照護理念，如此將與學理上的整合性照護觀念較為一致。

第三節 支付基準改革與共治管理規劃

本節擬分為三個主題分別討論，第一為基礎理論的描述，尤其是醫療服務訊息不對稱與代理理論，部分未能在此提及的理論細節也可以參考費用協定委員會總額預算的相關報告(李卓倫等 2001)，而且代理理論的弱點也正好是制度建議內容的可能缺點，因此有必要在進行政策討論前先行陳述，此一理論基礎的主要缺點，在第一章中討論規範性分析的預設原則時也曾經提及。本章的第二個主題和第三個主題則為本研究對醫院總額的主要政策討論，分別為支付基準改革與共治管理規劃，詳細內容敘述如下。

(一) 訊息不對稱與代理理論

在分工的社會中，代理關係是普遍存在的，主理人(principal)會與代理人(agent)明訂(explicit)或不明訂(implicit)契約，授予代理人權力代表主理人來執行任務。但是在訊息不對稱(information asymmetry)的情況下，契約可能是不完全的，而當主理人與代理人的目標與利益不一致時，則可能發生風險，即代理人在其最大限度內為增加其自身的利益，有可能做出對主理人不利的行為，而這些不利於主理人的風險行為稱為道德風險(moral hazard) (Smith, Stepan, Valdmanis, Verheyen, 2004)。

訊息不對稱在醫病的關係中暗示醫師(即代理人)比病患(即主理人)更了解及具備醫療專業的知識訊息，而且醫病關係的效用函數(utility function)仍具有一定程度的相關性，亦即醫師與病人在某種程度上彼此能夠達到醫療處置上的認同。醫病間的不完美代理關係原因可能在於以下三種形況，第一是醫師不了解或誤判病患的需求，第二是醫師沒有能力執行最適合病患的治療處置，第三是醫師誤導病患關於最適化照護處置的訊息(Mooney, Ryan 1993)。如果醫師沒有能力執行最適病患的醫療處置，或刻意誤導病患對於自身治療處置的訊息，原因可能是疾病

本身的不確定性，也可能是醫師自身的投機行為，例如醫師會為了保障收入的理由來選擇某一種醫療處置，甚至因此犧牲病患。當然在消費者意識抬頭、醫療資訊漸普及化，以及病患就醫選擇自由化的醫療制度下，醫師也承受著病患轉換醫師、聲望受損的風險(Smith, Stepan, Valdmanis, Verheyen, 2004)。

Drake(1994)及 Eckholm(1993)指出過去造成美國醫療成本激增的部分原因，在於對醫師與病人兩方面都未提出具體的財務控制誘因，因此有必要同時對於醫師與病患強化其控制醫療費用的責任，一方面透過成本分擔(cost sharing)增加病患的財務責任，另一方面透過成本控制(cost control)增加醫療提供者的財務責任(Smith, Stepan, Valdmanis, & Verheyen, 2004)。其中病患的成本分擔方式包括部分負擔(copayment)、自付額 (deductibles)、甚或提高保費等。而醫師的成本控制方式包括回溯性論量計酬、固定費用制(如診斷關聯群)、論人計酬等前瞻性支付方式等。

代理理論所提及的醫病關係觀念亦應用於台灣醫療業落實醫療分級的機制。在促進台灣分級醫療可從三個機制做起，包括現制病患使用醫療服務(醫院及診所)的就醫自由、提供醫療業者(醫院與診所業者)在醫療服務方面的合理給付，以及醫療院所(醫院及診所業者)高階主管對院內醫師(或自身)的管理規範，換句話說，此涉及增加民眾至診所與小型醫院接受基層醫療照護服務、增加基層診所提供門診誘因、增加醫院業者提供急重症住院服務等等(見研究方案架構圖)，以及醫療業者彼此間建立共治的管理規劃。對於民眾的就醫與基層醫療業者在落實醫療分級中所扮演的角色已於第二章中提出實施基層醫師論人計酬與建立家庭醫師民眾財務誘因方案中進行探討，因此以下本章節單元中將只針對院在落實醫療分級方面的方案討論。

(二) 落實醫院診斷關聯群支付基準

長久以來，各國的醫療業者及政策制定者努力在醫療成本(cost)、醫療品質

(quality)及醫療照護服務的可近性(accessibility)上來取得一平衡。美國在 1960 年代面臨醫療費用激增，因此在 1970 年代中期美國國會立法鼓勵以健康維護組織(Health Maintenance Organization, HMO)的論人計酬(capitation)方式來控制國家醫療成本。1980 年代美國開始以實施固定費用支付的診斷關係群(DRG)，以及落實管理式照護中的論人計酬支付理念。

對台灣醫院體系進行財務控制比較明顯的政策，開始於 1992 年七月一日起全面實施的醫院總額支付制度。但由於醫院國家總額之下仍以論量計酬作為支付單位，因此雖然醫療費用成長控制於可預期的範圍之內，但所謂的合理支付基準，以及所謂的有效的醫療利用並無法進行合理的推估與監測。因此行政院衛生署指示研擬住院診斷關聯群支付基準(中央健康保險局 2004)，日前已於網路上提供醫院業者在導入診斷關聯群支付方式前預作模擬編審服務，預計於 2005 年 4 月全面實施。

診斷關聯群的支付方式是依據住院病人的疾病診斷、手術種類、併發症或合併症、出院狀況、性別及年齡等等之分類變項所形成的病例分類系統。診斷關聯群支付方式為固定費用支付制度(Flat-Fee Payment System)的類型之一，亦為固定支付制度中最為人知的方法，此支付標準是根據每一診斷治療別所需的醫療資源消耗不同而制訂(Preyra, 2004)。此種支付方式始於美國，加拿大亦有類似的支付方式，稱為案例組合群組(Case-Mix Groups, CMGs)。

美國政府根據此病例分類系統(包括 400 多種疾病分類)給予醫療服務提供者對每一種疾病分類所提供的醫療照護固定金額的給付，並藉前瞻性支付方式使醫療服務提供者在提供服務時產生成本限制(cost containment)的動機。在固定費用支付制度中，付費者的財務風險較衡量計酬減低許多，但醫療服務提供者則承擔了較大的財務風險。因此醫療服務提供者若能有效利用醫療資源，避免提供不必要的醫療服務，則可獲得較高的利潤。但是如果醫療服務提供者所提供的醫療服務無法得到足夠的支付時，則醫療服務提供者可能有不同的因應措施，包括 1)

自行吸收成本，2) 轉移多餘成本給其他支付者(如私人保險)或民眾，3) 提昇效率，以及 4) 停止某項「較無利潤」診療服務(陳金淵, 林妍如 2002)。

Lynx(2001)指出醫院業者在同一診斷關聯群編碼下的成本價格存在相當大的差異，其原因一部分是醫院本身的特質，如醫院規模、教學狀態、當地人力成本等因素所造成，其他原因則主要為疾病種類與嚴重度，因為病情複雜病人選擇就醫的醫院，其醫療費用會高於其他醫院在同一診斷關聯群的醫療成本。另外，一般醫院業者通常沒有強烈的動機去過度治療或治療超乎自身能力(如資產能力)的病患，但是對於某些不尋常病人特殊病症需求而有極值醫療費用發生時，通常支付機構都會建立一專門的機制處理，如實際醫療費用高於支付臨界點時，以折扣方式支付業者。然 Siegel (2003)指出，部分醫療業者可能會因為成本的考量，浮報醫院醫療費用以使該筆病患費用符合極值標準。而雖然極值醫療費用會進行折扣，但是對醫療業者來說，折扣後的所得仍是有利可得的。

以上的這些現象都解釋了雖然美國政府當局希望用前瞻性支付方式來控制醫療費用，然而其醫療費用仍持續的增高的部分原因，因此，未來如何避免醫療業者可能產生的道德風險(moral hazard)議題，則需要同時做一管理監控，以確保消費民眾的權益。

關於診斷關聯群固定費用支付方式的品質成效方面的資料，各國所呈現的明確證據相對較為缺乏。瑞典的研究發現導入診斷關聯群支付制度對民眾出院後的生活品質狀況並無影響(Ljunggren & Sjoden 2003)。美國的研究顯示如果以再入院率和死亡率為指標，則沒有明顯而直接的證據顯示導入診斷關聯群會明顯影響上述指標 (DesHarnais et al 1987)，進一步的研究顯示，導入診斷關聯群所影響的是死亡率發生的時間點，而未必會影響總死亡率 (DesHarnais et al 1990, Cutler 1995)。現有的證據顯示，導入診斷關聯群所節省的醫療費用，主要可能來自於資源耗用的節省。這樣做雖然可能讓病患在病情比較不穩定的情況下出院，但暫時沒有明顯的證據，顯示導入診斷關聯群會影響病患的健康，或是影響醫療照顧

的品質。

在總體醫療費用的成效方面，統計數字顯示診斷關聯群雖然使住院費用減少，但其部分原因為醫院將部份住院服務轉為門診服務，因此導致門診費用增加(Feinglass and Holloway 1991)，美國醫院的統計資料顯示，1985 至 1995 醫院住院人日減少 23.7%，但門診人次增加 89.4% (AHA 1997)。以診斷關聯群為基準所支付的藥費，乃基於平均用藥費用為標準，因此也會提供醫院誘因限制藥品費用，而且醫院可以運用的方法還包括透過其市場力量由藥廠獲得藥價優惠(Getzen 2004)。此外也必須注意每一診斷關聯群的支付率也影響費用，例如美國在實施診斷關聯群的前幾年，醫院照顧聯邦老人健康保險(Medicare)約有 8-15% 盈餘(Sheingold 1989)，但是當國會修改支付率之後，盈餘轉為負值(Folland and Kleiman 1990)。

(三) 醫療業者建立共治管理規劃

醫療院所高階主管對院內醫師的管理規範可為醫療業者推動分級醫療的重要關鍵之一。當支付制度由論量計酬方式轉型為論診斷別固定費用、論人計酬方式時，對醫療業者來說，在其組織的經營運作上必須要涉及相當程度的改變。(以下段落節錄自林妍如, 萬德和 2003:203-207.)

一般來說，學習新的經營技巧以及接受多元、合作性的文化似乎是醫療業者在支付制度轉型時必須要具備的兩種基本心態。舉例來說，在論量計酬支付制度下，消費者的高服務使用率將為醫療業者創造較佳的財務業績。這樣的給付方式也使得醫療業者在臨床治療行為中，容易忽略從「全人」的角度來看待病患；而是以「頭痛醫頭，腳痛醫腳」的方式來從事照護行為。在論量計酬支付方式下，支付者(payor)較無法介入醫療提供者的醫療決策，使得醫療業者容易以片段化、自我經驗式的照護行為來醫治病患，因此在這種情況下，醫療業者在臨床提供上容易流於無效率、規避風險以及追求短期性財務目標。反觀論診斷別、論人計酬

支付方式中，強調以「人」為主體的經營概念，強調合作性、團隊性的照護團隊，有效地管理病患照護服務來獲取最大的利潤。在以照護「人」為主體的健康概念作一出發點時，注意危機管理、追求長期性財務目標等則為醫療業者生存的利基。

一般來說，在國家未來推行論診斷別或論人計酬支付方式的初期，醫療業者可以開始進行一些因應動作，也就是醫療業者需要做的變革（見表 3-1）。舉例來說，醫師是醫療組織中的靈魂人物，更是在病患有醫療服務需求時的主要醫療決策者，其關鍵著病患對醫療服務資源使用的類型（如基層照護、專科照護、住院照護等等）、頻率（如回診與否，特定疾病之照護連續性等等所造成的病患醫療資源使用量不同）、強度（如加護單位照護、一般病房照護、居家照護等不同的醫療照護程度）等等，因此如何協助醫師來熟悉論人計酬支付方式的特性，是推行論人計酬支付方式成功的重要關鍵之一。但是較遺憾的，擁有領導能力、熟知外在政策趨勢且能夠幫助同儕因應趨勢的醫師（院長或部科一級主管）人選實在少之又少。因此當論人計酬支付方式慢慢應用於醫療業時，組織中的高階醫師主管必須確實了解支付制度的基本特性，並主動規劃支付制度轉型過度期所需要進行的行政管理或臨床活動，以降低組織內醫師及其它員工在執業過程中對財務風險承擔所產生的不安全感。當然除了利用領導人對同儕的溝通外，亦可由對論人計酬支付方式熟悉且有經驗的管理實務者或學者專家協助教育，以加強提供組織內部員工關於論人計酬支付方式的知識。

組織內的薪資報償系統亦是因應支付制度轉變時，醫療組織經營管理同時必須要檢視的重點之一。目前組織中現有的薪資報償系統主要是針對論量計酬時代下所設計的，即以服務量的多寡來計算醫療人員的績效獎金，因此傳統的績效報償制度對醫療人員的財務誘因是「多做多賺」；但是在論診斷別或論人計酬方式下，這種財務誘因便不再適用，因此在台灣落實論診斷別或論人計酬制度應用的初期，醫療機構應該早日重新檢視其薪資報償系統以做因應。舉例來說，某些醫院業為了鼓勵該院醫師進行雙向轉診的醫療分及業務，對於由基層診所所轉診來

的病患，若該院一醫師沒有將該名病患再次轉介回原診所，則將取消該名醫師對於診斷該轉診病患的績效獎金。換句話說，藉由管理規範來促進醫療分級的努力(林妍如，2004)。

另外，降低組織中固定成本的花費亦為醫療業者因應論診斷別及論人計酬的方法之一，其目的在於協助醫療業者提高其經營運作過程的效率。當然，降低固定成本花費並非只是論診斷別或論人計酬支付制度實施時才需要面對的，即使在論量計酬或一般組織運作中亦是相當中重要的議題。而對於論人計酬支付方式，如何在以「人」(病患)為核心來促進各階段照護提供者的整合，包括安排合置人力(cross-training personnel)、整合(如檢查/檢驗)人力及空間、降低閒置人力等等，則為一整合組織較需要考量的重點。

另外，醫療業者發掘組織中高成本及高利潤的服務線、精算各服務線的成本費用並找出不當使用醫療服務資源的狀況，亦是因應論診斷別或論人計酬支付制度初期需要完成的管理活動。其目的在於協助醫療業者精算在病例複雜度不一的狀況下所可能導致的醫療成本負擔差異。舉例來說，不同醫院所收置的病患其疾病嚴重程度是有差異的，即使是為同一等級的醫院評鑑層級；因此，各個醫療業者所耗用的醫療資源(如醫療人力時間投入、醫療儀器/設備、醫療耗材等等)狀況可能產生極大的差異。因此醫療業者必須精算自身提供照護服務時的醫療成本，以為將來與保險公司協商議價的重要依據。另外醫療業者也必須了解醫師們所習慣的醫療決策方式，因為醫師們實際掌控著對於病患的轉介/診、入院及住院天數等等之決定權。另外，在論人計酬給付收入還未獨佔醫療業者總收入時，其必須要同時兼顧其他支付方式的服務收入(如論量計酬給付的收入)，如避免核減。

而對於病患臨床照護方面的因應方式，醫療業者應從改進照護流程效率、建立臨床執業指引、對於複雜及高醫療費用病例進行個案管理著手。臨床照護流程管理包括監控檢查/檢驗的適當性、用藥的成本效能、病患的照護結果，以及教育病患等等，以對病患(受保人)做最完整的照護規劃。

找尋合作夥伴(即論人計酬中所涵蓋的服務項目提供者)亦為因應論人計酬支付方式的重點工作，此可建立以「人」為核心之跨照護價值階段的連續性健康照護，這也是整合性健康照護系統(IDS)組織模式興起的關鍵因素之一。很多醫療業者在接受了論人計酬支付方式初期，會開始自行發展全方位、多定點的服務提供；而一些業者則選擇與同業夥伴合作的方式來因應。

表 3-1 醫院業者因應論診斷別計酬及論人計酬支付方式之方法

因應方向	行動方案
員工學習與教育	1. 加強醫師院長及高階主管的領導及應變能力
	2. 尋求對論診斷別或論人計酬支付方式熟悉且有經驗的管理實務者或學者專家協助
財務節流	3. 重新檢視員工薪資報償系統
	4. 降低組織中固定成本的花費，並提高效率
	5. 找出組織中高成本及高利潤的服務線
	6. 精算各服務線的成本費用來找出不當使用醫療服務資源的狀況，包括錯誤、過度及遺漏使用醫療服務資源
	7. 穩固論量計酬給付的收入，避免核減
臨床照護 流程管理	8. 改進照護流程效率
	9. 建立臨床執業指引
	10. 對於複雜及高醫療費用病例進行個案管理
建立以「人」為核心之連續性健康照護	11. 找尋合作夥伴（即論人計酬中所涵蓋的服務項目提供者）

資料來源：改編自林妍如，萬德和(2003)，健康照護組織之價值創造©，頁 204

第四節 醫院系統規劃的效率議題與國際經驗

前面三節的討論多由台灣本土的議題出發，由較微觀的角度提出討論。本節擬在本章貞堆醫院總額提出政策建議之前，探討國家醫院系統規劃中如何提升效率的重要議題，以及介紹針對這些議題的若干國際經驗，因此比較屬於總體面的分析，這樣的討論同時也引含本報告對未來有關國家醫院系統研究方向的建議。

台灣的醫院系統需要效率提升的改革方案，這些方案均需要進一步的系統性

研究，而不一定是總額協商直接可以操作的步驟，但基於本研究判斷台灣在這些方面有其實際上的需要，因此列入本報告對未來研究內容的建議。另一方面，這些規劃方案部分與醫院評鑑有相關，但也有部分與醫院評鑑未必有相關。

讓每一國民有相同的機會接近高品質的醫院醫療服務，是每一個工業化國家的醫院政策目標，而實現這個目標的第一步驟，就是讓適當的實體結構 (physical structure) 存在於適當的地方 (McKee & Healy 2002)，這部分主要與下一節第一點建議中醫院病床的總體數量與分布有關，而且應該列為醫療網計畫重新規劃與檢討的重點。

一旦醫院建立之後，接下來的三個議題就是如何保障醫院服務的可近性，哪些醫院應該提供哪些服務並維持一定的品質，以及如何支付費用。這三個議題由於和台灣的醫院體系現狀比較接近，而且與分級醫療方向比較有相關，本章的討論重點也因此比較集中於這三個議題。

(一) 醫院服務的可近性

各國政府通常會介入以下三個與醫院服務可近性相關的三個功能，就是保證每一個國民無論有無保險都可以獲得醫院服務，保證每家醫院均設置急診部門，以及保證醫師可以隨時提供需要的服務 (Busse et al 2002)。

不過近年來各國政府多少介入另一個與醫院服務可近性有關的議題，就是病患的選擇權。例如英國嘗試內部市場中購買者與提供者之間的區隔，並逐漸由醫院自行管理與自付盈虧，但此舉似乎與病患的選擇沒有直接關聯。瑞典在 1990 年代採取了實際的步驟來鼓勵病患選擇醫院，並藉此鼓勵公立醫院提升其服務績效，其主要的原理就是取消行之有年的公立醫院固定預算制度，改為「錢跟著人走」 (Anell 1995, Rehnberg 1997, Harrison & Calltorp 2000)，目的在希望透過選擇提供病患適切的服務內容，並避免病人的選擇權被居住地所限制。丹麥在 1993 實施類似的政策 (Ministry of Health 1999)，挪威則透過 1999 年的病患權利法案

實施上述政策 (Busse et al 2002)。

「錢跟著人走」的政策讓瑞典醫院在提升服務品質的同時，並未明顯妨礙其臨床品質(Harrison 1999)，不過整體服務量與醫療費用上升也是可以預期的，這時政府又必須導入新的機制來抑制費用。確保病患選擇權與醫療費用控制在單一政策底下可能形成權衡的現象，需要其他政策，例如基層守門員與其他醫院服務的相關規範來加以平衡，否則病患的自由選擇與論病例計酬的支付基準，很快會使醫院努力增加其病例數量，以及伴隨而來的醫療費用。瑞典醫院體系改革的困境，可能主要來自於瑞典長期以來一直缺乏完整的基層醫療體系(Mossialos & Le Grand 1999)，義大利實施上述政策的結果也是這樣，迫使政府將診斷關係群的支付率降低 20% (Busse et al 2002)。

(二) 醫院服務的分工與分級

各個醫院應該提供什麼服務的議題，也正是分級醫療的核心議題。實務上最常引用的例子就是德國對門診服務與住院服務的明確分割，提供門診服務是社區開業醫師的職業範圍，醫院完全不能提供門診服務，只有大學附設醫院基於教學的需要可以設置門診部門 (Mossialos & Le Grand 1999)。直到 1993 年之後，醫院才能夠提供非常有限的門診服務，包括部分門診手術，以及住院病患在住院前後一小段時間內的門診服務。不過由於這些服務的費用，也都包括在個別醫院的總額預算之內，因此對醫院的誘因顯然不大 (Busse 2000)。對於德國而言，即使開放門診業務讓醫院與診所相互競爭，其前提也是支付標準應該維持一致(Busse et al 2002)。

這樣的實務經驗與學理判斷與台灣醫院的發展歷史正好相反，因為台灣不但在不同層級的醫院之間給予不同的支付率，而且判斷醫院屬於哪一個層級的評鑑措施也未盡理想。台灣的醫院評鑑制度習慣於以醫院的規模作為評鑑等級的主要依據，再加上支付標準的設計有利於規模較大的醫院，造成整個醫院體系的不正

常發展。台灣內部已經有某些學者主張醫院分類不再以規模為依據，而以功能為導向。例如將醫院橫向區分為以教學研究為主或以提供社區醫療服務為主兩類，再縱向區分為以照顧急重症為主或以照顧慢性症狀為主兩類，藉此擺脫大小醫院的價值區分。

(三) 醫院服務的支付基準

就支付基準的議題而言，本研究雖然主張現階段台灣醫院體系的改革可以透過論病例計酬作為誘因，其更為長遠與多元的規劃應該持續。所有的支付基準中似乎只有論醫院項目別的預算制度(line-item budgets)不會鼓勵醫院進行企業化的行為，其他所有的支付基準(論量、論日、論病例、總額預算)都會鼓勵醫院去操縱(可能增加也可能減少)病人數、平均住院日、每一病例的醫療項目等等(Wiley 1998, Langenbrunner & Wiley 2002)。

在學理上與實務上既然沒有一個完美的支付基準，那麼是否可以允許個別醫院依據自我管理的狀況與保險人洽定支付基準？還是支付基準仍然應該維持全國統一？儘管個別的支付基準所可能衍生的問題均需要個別的調控措施，但似乎沒有充分的理由對所有醫院均採用單一的支付制度。

當醫院的運作與財務狀況的透明度較高、保險人向醫院購買醫療服務的交易成本較低、醫院也比較容易管理的情況下，對醫院企業行為的調控就比較沒有必要，而且只要簡單的單一支付基準就已經適用。但是台灣的情況與上述的條件均不相同，而且當醫院的企業行為已經進一步影響到人民就醫可近性與醫療品質時，投資經費深入研究不同支付基準對不同醫院企業行為的影響就相當有必要。

表 3-2 台灣及工業化國家每千人口病床數*

	澳大利亞	奧地利	比利時	加拿大	捷克	丹麥	芬蘭	法國	德國	希臘	匈牙利	冰島	愛爾蘭	義大利	日本
1991	9.2	9.8	7.9	6.3	11.1	5.4	11.2	9.6	10.1	5.0	10.0	16.3	-	6.8	16.1
1992	8.9	9.6	7.7	6.1	10.7	5.1	11.0	9.4	9.9	5.0	9.8	15.9	-	6.8	16.2
1993	8.9	9.3	7.7	5.6	10.4	5.0	10.0	9.3	9.7	5.0	10.1	14.8	-	6.7	16.1
1994	8.7	9.4	7.6	5.4	10.2	5.0	10.0	9.1	9.7	5.0	9.4	14.7	10.2	6.5	16.2
1995	8.7	9.3	7.4	4.8	9.5	4.9	9.3	8.9	9.7	5.0	8.9	14.6	10.1	6.2	16.2
1996	8.5	9.2	7.3	4.5	9.2	4.7	9.2	8.8	9.6	5.0	8.9	-	10.1	6.5	16.2
1997	8.3	9.1	7.3	4.4	9.0	4.6	7.9	8.6	9.4	5.0	8.1	-	10.2	5.8	16.4
1998	8.2	8.9	-	4.1	8.9	4.5	7.8	8.5	9.3	5.0	8.2	-	9.7	5.5	16.5
1999	7.9	8.8	-	3.9	8.7	-	7.6	8.4	9.2	4.9	8.3	-	-	4.9	16.4
2000	-	8.6	-	-	8.8	-	7.5	8.2	9.1	-	8.2	-	-	-	16.5
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

資料來源：OECD Health Data (2004)，衛生署統計資料(2004)

*病床數包括急性一般病床、慢性一般病床或長期照護病床、急性及慢性精神病床、私人病床

表 3-2(續) 台灣及工業化國家每千人口病床數*

	韓國	盧森堡	墨西哥	荷蘭	紐西蘭	挪威	波蘭	葡萄牙	西班牙	瑞典	瑞士	英國	土耳其	美國	台灣
1991	3.3	11.4	1.1	11.4	7.4	16.4	5.7	4.5	4.2	11.9	19.9	5.6	2.4	4.8	4.9
1992	3.5	11.2	1.2	11.4	7.1	16.2	5.6	4.5	4.1	7.6	-	5.4	2.4	4.6	5.3
1993	3.7	11.4	1.2	11.3	6.5	15.9	5.6	4.4	4.1	7.0	-	5.1	2.5	4.5	5.3
1994	4.1	9.0	1.2	11.3	6.7	15.4	5.6	4.3	4.0	6.5	-	4.8	2.5	4.3	5.6
1995	4.4	8.2	1.2	11.3	6.2	15.1	5.5	4.1	3.9	4.9	-	4.7	2.5	4.1	5.7
1996	4.6	8.2	1.2	11.2	6.1	15.0	5.5	4.1	3.9	4.4	-	4.5	2.5	4.0	5.6
1997	4.8	8.1	1.1	11.2	6.1	14.7	5.4	4.1	3.8	4.0	20.0	4.4	2.5	3.9	5.7
1998	5.1	8.0	1.1	11.2	6.2	14.5	5.3	4.0	4.2	3.8	18.9	4.2	2.5	3.7	5.7
1999	5.5	-	1.1	11.1	-	14.4	5.1	-	4.1	3.7	18.3	4.1	2.6	3.6	5.9
2000	6.1	-	1.1	10.8	-	14.6	4.9	-	4.1	3.6	17.9	4.1	2.6	3.6	6.0
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.9
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.3

資料來源：OECD Health Data (2004), 衛生署統計資料(2004)

*病床數包括急性一般病床、慢性一般病床或長期照護病床、急性及慢性精神病床、私人病床

第五節 對台灣當前總額政策的建議

本節依據上述內容針對總額運作部分加以整理歸類，並以實際數據作為依據，提出以下的政策建議，其中部分與總額的協定與劃分有直接相關，部分則與總額的協定與劃分間接相關並需要更高層級的政體政策規劃。以下的政策建議摘要分為三點，敘述重點在政策操作上可以運用的策略內容。

(一) 以論病例計酬作為控制住院醫療費用的長期策略

醫療費用上升的第一個原因或制度性的原因來自於醫療供給是否過多，表 3-2 顯示台灣與其他工業化國家每千人口的病床數，顯示台灣的每千人口病床數仍低於大多數的工業化國家，因此台灣因為病床供給所可能引發的住院醫療費用上漲，仍然在可以有效控制的範圍，但表 3-2 中的數據仍舊有兩點值得注意。第一是台灣的每千人口病床數仍然高於西班牙、葡萄牙、美國、加拿大、瑞典、英國、義大利等工業化國家，而與韓國大約相當，加上台灣的長期照護慢性病床可能尚未完全發展，因此台灣的合理病床數有提早規劃因應的必要。第二是個現象是幾乎所有工業化國家的每千人口病床數持續在減少之中，表中的例外只有韓國、土耳其、和台灣。這兩個現象隱含台灣如果想要進行長期的醫療費用控制措施，其制度性的前提應該是開始考慮對病床數的增加速度進行比較嚴格的控制策略，但也同時必須提升醫院的生產效率以避免過長的等候時間。

醫療費用的主要組成為數量與單價，如果住院醫療費用或總點數上漲的主因在於單價的上升，則應該考慮比論量計酬更具誘因的支付基準來抑制醫療費用。表 3-3 顯示 1997 至 2003 年台灣住院醫療費用的申請狀況，住院費用佔總醫療費用的比率在這七年之間穩定維持在 31-34%，其中總醫療費用上漲的年成長率為 6.6%，住院醫療費用總點數上漲的年成長率為 7.2%，兩者的上漲比率比較顯示住院醫療費用的上漲率微幅較快一些，因此造成住院費用佔總醫療費用的比率以

每年 0.6% 的速度在逐漸增加之中。

特別值得注意的是在住院費用每年所上漲的 7.2% 之中，有 2.4% 來自住院件數或所謂「數量」的增加，但有 4.8% 來自每件申請費用或所謂「單價」的增加。進一步分析每件費用或每件單價上升造成的原因，平均住院日數的年成長率為 1.6%，每日費用的年成長率為 3.1%，因此也進一步驗證住院費用的增加主要來自每日費用與每件費用的單價增加。在此數據的前提下，論病例計酬由於可以提供充分的誘因而降低住院的單價，因此只要針對支付率標準作設計適當，對社會總醫療住院成本的控制將具有實質上的作用。

表 3-3 台灣歷年住院醫療費用

年別	總申請費用 (百萬點)	住院總件數 (千件)	住院總日數 (千日)	住院申請費用 (百萬點)	住院費用占總申請 (%)	住院每件費用 (點)	住院每件日數 (日)	住院每日費用 (點)
1997	241,484	2,379	20,811	77,945	32.28	32,764	8.75	3,745
1998	268,670	2,457	21,560	85,615	31.87	34,845	8.77	3,971
1999	291,369	2,590	22,484	93,499	32.09	36,100	8.68	4,158
2000	296,840	2,691	23,479	98,156	33.07	36,476	8.73	4,181
2001	311,547	2,815	24,867	104,629	33.58	37,168	8.83	4,208
2002	339,704	2,946	26,653	115,362	33.96	39,159	9.05	4,328
2003	353,925	2,741	26,454	118,725	33.55	43,314	9.65	4,488
年成長率*	0.066	0.024	0.041	0.072	0.006	0.048	0.016	0.031

資料來源：中央健保局統計年報 1997-2003

*年平均成長率 = $\sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$

美國老人健康保險(Medicare)的實施經驗顯示，美國醫院系統的績效在 1965 年以後的主要決定因素，不是醫院系統的競爭或獨占結構，而是取決於支付制度的設計。在美國實施老人健康保險之後，醫院醫療費用的上升便遠遠高於消費者物價指數的上升速度，其主因在於醫院進行非價格競爭，直到 1980 和 1990 年代，

醫院醫療費用的上升才逐漸接近消費者物價指數的上升速度，而其主因在於醫院在定額支付金額之下所進行的價格競爭(Feldstein 2005)。

(二) 以同病同酬落實專科醫療業務的分級制度

醫療院所的支付標準或支付率的設定，往往依據個別醫療院所的個別成本來計算，這在台灣也不例外(李卓倫,吳凱勳 1990)，這樣的支付標準很顯然的是以投入(input)作為基準，而不是以產出(output)作為基準，這種設定方式其實是非常奇怪和沒有生產效率(productive efficiency)的。如果從經濟理論中的供給者決策模式來看的話，假如廠商所收到的支付金額等同於其製造成本的話，則追求利潤極大化的廠商根本不需要進行任何有關於投入或產出的決策，因為理論上不論廠商作了什麼或沒有作什麼，其利潤都已經決定好了，廠商因此不需要，也不會有降低生產成本的動機。

改善上述沒有生產效率的方法，或提供廠商誘因而來降低成本的方法，其實只要定訂單一的支付標準或收費標準就已經足夠，而且任何形式的支付標準都可以達成提升生產效率的目的，唯一的條件就是支付標準的訂定只能與產出有關而與投入無關。這樣的理論邏輯應用在所有的商品市場中均視為真理，但在醫療服務的領域中卻不但沒有普遍接受這樣的觀念，甚至連想要瞭解這樣的觀念都仍舊有困難。這樣的概念也許會讓一些醫療院所覺得不公平，但其對於降低成本而言卻是有效率的策略 (Pauly 2000)。

上述的討論自然隱含著同病同酬的支付標準才是促成醫療生產效率的有效誘因，但與論量計酬或其他支付基準相比較，論病例別計酬的支付單位顯然比較容易落實同病同酬的精神。

當然除此之外，同病同酬的論病例別支付基準也是促成專科醫療本身再進行分級的有效誘因。在論量計酬的支付基準下，醫院並無明顯的誘因而降低成本，但在論病例計酬的固定支付金額下，醫院開始進行成本控管與價格競爭，此時醫院

的規模經濟一般而言大約維持在200-300床之間便能夠獲得最低的平均成本曲線(Feldstein 1999)。部分屬於這個層級或規模的醫院有能力進行的醫療措施，保險人就沒有理由以更高的價格向其他層級或規模的醫院購買相同的服務。

當保險人以中等規模或層級的醫院成本來訂定支付率時，更大規模的醫院或醫學中心也同時失去提供這類服務的誘因。在此同時，保險人可以將只有更大規模的醫院或醫學中心才有能力提供的服務類別，依據更大規模的醫院或醫學中心的成本來作為支付率的計算依據。這樣一來屬於專科醫療的分級制度便已經成形，中小型規模醫院的競爭優勢也同時獲得制度性的保障。

台灣實施同病同酬的論病例別支付基準，在實務上究竟能否保障規模較小的醫院會引發一些討論。反對上述說法的人認為，台灣的大型醫院由於管理人才眾多，對制度變革的因應能力也較佳，部分大型醫院已經為論病例別支付基準做好準備，而且先期試辦的初步成果顯示，大型醫院的成本控管能力優於小型醫院，因此反而在試辦論病例別計酬的項目上獲利較多。贊成實施同病同酬的論病例別支付基準的人則認為，上述的實證結果有一個先決情境，就是台灣目前所試辦的論病例別支付基準，其支付率並非以同病同酬為原則，而是大型醫院的支付率高於小型醫院，因此一旦支付率的設定落實同病同酬原則之後，大型醫院的支付率會低於現狀，而小型醫院的支付率會高於現狀，其政策的邊際結果是傾向於將利益重新分配給小型醫院，這也解釋了為什麼小型醫院傾向於贊成實施有助於落實同病同酬精神的論病例別支付基準。

(三) 維持醫院門診與住院同一總額並取消門住診費用比率限制

同病同酬的論病例別支付基準雖然是屬於住院服務的支付制度設計，但在實務運用上可以允許甚至鼓勵醫院將病患轉為門診治療，第一個原因是基於醫療技術的進步，第二個原因則是進一步降低醫療成本。

在總體醫療費用的成效方面，統計數字顯示診斷關聯群雖然使住院費用減

少，但其部分原因為醫院將部份住院服務轉為門診服務，因此導致門診費用增加 (Feinglass and Holloway 1991)，美國醫院的統計資料顯示，1985 至 1995 醫院住院人日減少 23.7%，但門診人次增加 89.4% (AHA 1997)。重點是醫院所增加的門診服務並不是來自原本屬於基層醫療的就醫患者，而是屬於論量計酬之下原本會接受住院醫療的患者。這種住院服務與門診服務，尤其是住院手術與門診手術之間的轉移，其主要目的雖然使醫院節省醫療費用，但這種住院與門診服務之間的轉移對於醫院總額的設計上隱含兩個重點。

第一個重點是短期之內醫院門診總額與基層總額不適用於合併，仍然應該維持醫院門診與住院在同一醫院總額底下，以免醫院住院服務與醫院門診服務之間轉移的結果，醫院透過服務轉移所節省的成本造成基層診所的點數負擔。

第二個重點是在醫院總額底下推動醫院門住診比例限制的原意，在於希望醫院減少門診但增加住院服務，但是這個誘因的方向正好與論病例別計酬的誘因相反，為了避免造成醫院管理上的無所適從，全面推動論病例別計酬的階段，也正好是取消醫院門住診比例限制的時機。吸引病患至基層診所就醫的誘因，則轉由第二章所規劃的家庭醫師制度所取代。

最後，以診斷關聯群為基準所支付的藥費，乃基於平均用藥費用為標準，因此也會提供醫院誘因限制藥品費用，而且醫院可以運用的方法還包括透過其市場力量由藥廠獲得藥價優惠 (Getzen 2004)。這樣的誘因主要在於藥費的節省，至於與藥費相關的分級醫療誘因，則需要搭配藥費總額政策的規劃，將於第四章中詳細討論。

第四章 由藥費總額改革落實分級醫療

本章分為四節陳述藥費總額的實施。由於台灣到目前為止並沒有實施藥費總額的經驗，因此第一節先描述德國進行基層醫療藥費總額時成功與失敗的經驗，第二節描述英國開業醫師基金在論人計酬制度下實施藥費總額的經驗。第三節則描述台灣藥費在各總額類別與各層級類別之間的分布現狀，並與經濟合作開發組織(OECD)國家進行比較，第四節則提出對台灣實施醫院與基層藥費總額的方案內容。

第一節 德國藥費總額實施評估

本節依序描述德國醫療體系改革背景，德國總額預算下的價量關係，1999年德國基層總額緊急計畫，以及1999年德國基層總額聯合行動計畫。描述的重點在於其成功與失敗的經驗，以作為台灣實施時的參考依據。

(一) 德國醫療體系改革背景

在過去的20年之間，德國致力於醫療費用的控制措施，其主要原因在於想藉調整健保費率來因應人民的醫療需求愈來愈困難。德國保費的計算基準為薪資所得，但有薪資上限的規定，保費由雇主與雇員各半分擔，1970年代的費率為8%左右，1998年時為13.5%。1990年代受到東西德合併的影響，經濟景氣不佳，失業率攀升，所得與工資相對穩定，保費增加自然非常緩慢，但又需要因應不斷增加的醫療需求。上述情況與台灣類似，醫療費用控制當然成為健康保險政策的主軸。

保費增加在實施社會保險的國家都是高度政治敏感的議題，只是包括台灣在內的許多國家，其反對保費增加的意見多數來自一般受雇者，但德國的反對意見

則主要來自雇主，其理由是保費增加會使生產成本提高，進而降低德國工業產品的國際競爭力，相同的反對理由一樣發生在美國。在 1990 年代中期德國在社會保險與工業發展之間選擇了工業發展，導致醫療政策的重大轉變，由過去收取較高額保費以因應增加的醫療消費，轉變為穩定的保費負擔與嚴格的醫療費用控制措施。

德國在 1990 年代比較重大的改革首推多元保險人制度的建立，亦即開放民眾選擇疾病基金，期望透過疾病基金之間的競爭提升效率。制度實施的主要結果有二，第一是縮小疾病基金之間保費的差異，第二是促成疾病基金的合併，使德國疾病基金的數目大量減少(Redwood 2000)，德國在 1949 年疾病基金超過 1800 個，到 1993 年降到 1200 個左右，到 1999 年已經降至 700 個左右(Moran 1999)。至於原本期待的效率提升是否發生，則效果比較不明顯，其原因在於德國疾病基金之間所能進行的競爭項目，只有保費與聲望兩個項目，健保的給付內容與醫療價格則透過國家機制統一訂定，因此疾病基金之間的競爭促成醫療服務效率提升的效果有限，此一背景加強了德國的政策將重點擺在醫療費用控制的合理性。

不過德國醫療費用的上漲原因，除了組織操作層級的因素之外，還有一個更根本的結構因素，那就是德國擁有過多的醫師與過多的病床，德國的經驗再次顯示宏觀調控醫療供給數量對醫療系統整體效率的重要性。不過由於減少醫院服務能量的措施在政治上可行性較低，調控醫師費用與藥品費用遂成為優先的政策選擇。除此之外，由於德國的醫療體系由基層醫師所主導，其專業地位高於醫院中的醫師，而且門診服務只能由基層醫師提供，相對於醫院醫師的薪資主要為固定薪水制度，只有基層醫師能夠與保險基金談判論量計酬的支付標準，造成大量專科醫師與先進醫療設備在基層診所提供服務的現象(Moran 1999)，基於這樣的背景因素，台灣無論是醫院總額或基層總額，其背景均與德國基層總額的架構比較類似，德國的基層總額改革對台灣的醫院總額改革而言因此更具有參考價值。

(二) 德國總額預算下的價量關係

德國在 1975 至 1977 年期間開始自願式的門診預算控制制度，亦即由各別的疾病基金與醫師團體自行協商決定是否設定總額。1977 年德國通過健康保險費用控制法案 (Health Insurance Cost Containment Act, Krankenversicherungs Kostendämpfungs Gesetz, KVKG)，透過該法案實施單一支付點數表 (Uniform Value Scale, Einheitlicher Bewertungs-Maßstab, EBM) (Henke, Murray, Ade, 1994)，該點數表可以用兩種方式在論量計酬制度下運作，第一種是在設定總額的情況下作為相對點數來調整單一點數的金額，第二種是在未設定總額的情況下作為金額絕對點數來支付醫師。透過相對基準值的調整來降低過度利用的醫療項目，或鼓勵低度利用的醫療項目，並在不增加總體醫療費用的前提下，透過相對基準值的調整來對新的醫療科技提供誘因。例如支付點數表在 1987 年進行第一次重大調整時，便針對檢驗及放射服務作出調降點數的動作，來抑制其利用 (Busse & Howorth 1999)。

德國由 1977 年起在門診部分搭配單一支付點數表實施自願式的總額預算，其結果是將門診醫療費用在 20 年之間控制在國內生產毛額(GDP)的 1.2%左右，其占健保基金的比率在 1975 年為 19.4%，1988 年為 16.9% (Schwartz & Busse, 1996)。1988 年德國通過健康服務改革法案(Health Care Reform Act, Gesundheits Reform Gesetz, GRG)，並於 1989 年實施，該法案使得自從 1975 年起所實施的自願式總額預算變成強制式總額預算，雖然預算總額仍然是由疾病基金與醫師團體之間協商而訂定，但協商的動作本身卻是強制性的，而其最大的優點即是穩定健保費率。

上述門診總額實施的結果，門診服務的總量仍呈現相當程度的增加。如表 4-1 所示，門診服務在 1988 至 1992 的四年之間增加 32%，在 1992 至 1995 的三年之間增加 26%，而在相同期間醫師數量的增加只能解釋不到一半的門診服務量的增加，另外一半最可能的解釋則為賽局理論中的「囚犯的兩難」。亦即無論其

他醫師的行為是什麼，各別醫師的行為決策就是透過擴大服務量來增加本身在總額之中的佔率。這樣做雖然符合各別行為的理性，但卻不符合集體行為的理性，因為在集體理性中每位醫師應該控制其各別的服務量，以保障單位服務量所支付的收益價格。德國在 1992 至 1995 年之間的單位門診服務價格下降 10%，而相同期間每位醫師服務量的增加剛好略低於 10%，造成每醫師的收入減少 1%，這種現象當然造成診所醫師的不滿。

表 4-1 德國實施門診總額預算在價量關係上的結果

	1988-1992	1992-1995	1988-1995
診所醫師人數	+ 12%	+ 15%	+ 29%
門診服務量	+ 32%	+ 26%	+ 67%
每位醫師門診服務量	+ 18%	+ 10%	+ 30%
醫師門診報酬	+ 34%	+ 13%	+ 51%
每位醫師門診報酬	+ 19%	- 1%	+ 18%
每單位門診服務醫師報酬	+ 1%	- 10%	- 9%

出處：Busse R, Howorth C. (1999)

(三) 1999 年德國基層總額緊急計畫

醫療費用控制的措施主導德國的醫療政策達 20 年以上的時間，十數個相關的法令規範所達成的唯一的效果，就是短暫的或暫時的醫療費用刪減，所以就是一直有更新的費用控制措施不斷的推出(Ärzte-Zeitung 1998)。這些措施一開始為支出目標，接著為中等程度的部分負擔、訂定藥價參考價格、以及設定醫院、基層醫師、藥品、和牙醫總額支出上限，最後是再度提高部分負擔。尤其是基層醫師的總額支出上限與基層醫師的利益顯然嚴重衝突，當醫療支出超出總額預算上限時，對整體醫師施予處罰的措施便開始啟動，進而影響所有醫師的所得，例如當藥費超出總額上限時，便須由醫師醫師總額中扣回來。

醫師總額上限的成效如何呢？部分軼聞瑣事的報導與統計資料呈現不同的證據。個別經驗的故事報導會見證，即使在較新較貴的藥物比較有療效的前提之

下，部份醫師仍然會以較便宜的藥品來搪塞比較馴服的病人。此外由於手術費用並不在藥費總額之內，因此在療效相當而且藥物治療比較便宜的情況下，部份醫師仍然會以手術來取代藥物治療(Hanson 1999)。不過統計數字所顯示的是，對於臨床上有爭議的(disputed)用藥由 1992 年至 1998 年減少 50%。單就 1998 年而言，有爭議的用藥下降 6.7%，而整體用藥只下降 3.2%。具有專利保護的新藥仍然繼續在發展，而已經超過專利期限的藥品則由較便宜的學名藥擁有較大的市場佔率(Schwabe 2000, Schröder & Selke 2000)。整體而言，德國醫師並未因為藥費總額實施而減少其開立處方的標準。

1999 年夏天，疾病基金醫師全聯會(KBV)發現，23 個疾病基金醫師公會(KVs)中只有 3 個工會可以將藥費控制在總額之內，為了避免啟動接下來會發生的集體處罰機制，疾病基金醫師全聯會提出緊急計畫(Emergency Programme)對處方藥品進行配給(rationing)，並建議區分為以下五個步驟來實施(Rahner 1999)。第一，除了解救生命和醫學上必要的情況之外，處方藥品一律列入等候名單之中；第二，凍結新藥上市直到撐過預算年度為止；第三，強烈的用較便宜的學名藥來取代品牌藥；第四，使用昂貴藥物必須事前核准；第五，當藥費仍然超過總額上限時，由醫師暫時開立緊急處方要求病患自費購買，再由病患依單據向保險人申請核退。

強烈的醫療配給制度會帶來四種負面的現象(Redwood 2000)，第一是硬體資源(physical resources)不足，第二是等候時間延長，第三為對病患最佳的治療會被比較便宜的治療所取代，第四則是以病患健康需要無關的標準來歧視部份病人。如果用這四個現象來評估德國 1999 年的緊急計畫，會發現它擁有全部這四種現象，屬於配給政策中最血腥(full-blooded)的一種。

對於第一點硬體資源不足而言，雖然對德國的藥品並未真正缺乏，但在醫師人為層次和管理層級上卻造成藥品資源匱乏的現象。

就第二點等候時間而言，緊急計畫的第一步驟則明確標示處方藥品一律列入

等候時間的調控。

就第三點病患無法獲得最佳治療而言，緊急計畫的第二步驟凍結新藥上市顯然的無法讓病患獲得最佳治療，第四步驟使用昂貴藥物必須事前核准則間接的無法讓病患獲得最佳治療。

就第四點以病患健康需要無關的標準來歧視部份病人而言，緊急計畫的第五步驟要求病患先行自費購藥再申請核退，明顯歧視所得較低或藥費較高的病人，緊急計畫的第一步驟(處方藥品等候時間)和第四步驟(昂貴藥物事前核准)則間接使病患暴露於被歧視的危機之中。

(四) 1999 年德國基層總額聯合行動計畫

這樣的緊急計畫理所當然的被德國衛生部所否決，疾病基金醫師全聯會則轉變戰術，提出聯合行動計畫(Joint Action Programme)，此一計畫內容則獲得代表保險人的疾病基金協會和德國衛生部的同意。

雖然聯合行動計畫的目標，也是將醫療費用控制在藥費總額和基層總額之內，聯合行動計畫研擬九點行動內容(Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999)。第一，幫助醫師了解計畫內容；第二，處方藥價格維持在最低三分之一範圍內；第三，對不重要或沒有價值的藥加以負面表列，這些藥品包括一些感冒止咳用藥、口腔與喉嚨製劑、以及旅遊不適的藥品等等；第四，排除同化作用(metabolics)與維他命的混合製劑；第五，列舉某些藥物必須依據正式的用藥指引，只有在先行實施非藥物治療失敗之後，再開列這些藥物才給予支付；第六，避免開立有爭議的(disputed)藥品，此處所指的是既未被證明為有效，也未被證明為無效的藥品；第七，避免開立治療效用附加價值尚未確定，但價格昂貴的新藥；第八，某些治療效果有爭議或效果較小，但價格較貴的藥品，必須事前核准；第九，實施其他措施以保證處方內容均具有醫學上的必要性，例如疾病基金醫師全聯會就通知全國疾病基金醫師，盡量讓其病人瞭解醫師沒有權力開立醫療上非必要的處

方，但病患可以要求自費購買這些藥品，而且不能要求疾病基金事後核退。

重點是這樣的策略是否會衍生強烈醫療配給制度的四種負面現象呢？對於第一點硬體資源不足而言，上述九點措施中並未隱含任何硬體資源可能短缺的預期。由於在會計年度結束之前真正短缺的資源是財源，上述措施的目的比較像是費用控制，而不是針對硬體資源的供給加以配給。

就第二點等候時間而言，等候時間並未在上述措施中出現，或有哪一個措施預期它可能出現，唯一可能造成若干延遲的措施為第八點價格較貴的藥品必須事前核准。

就第三點病患無法獲得最佳治療而言，上述措施中的第七點避免開立治療效用尚未確定但價格昂貴的新藥，與第八點價格較貴的藥品必須事前核准，可能造成此一後果，第五點措施中所列舉的藥物也有部分的可能會導致病患無法獲得最佳治療，尤其是第七點和第八點將可能有效的治療依據是否「昂貴」作為配給的標準。

臨床上是否將某些新藥列入保險給付範圍在過去的二十年間一直都有爭論，治療人員認為病患對藥物的反應人人不同，因此應該對新藥給付範圍給予較大的空間。負費者則認為創新療法過於昂貴所以應予避免，但此觀點似乎過於短視，因為它導致治療者給予病患比較無效的治療，或甚至可能迫使治療者使用更昂貴但不在排除名單之內的治療方式。至於要求事前核准以尋求第二個專業意見如果完全為了醫學上的理由則為合理，但將昂貴與否列入陳述則進入費用控制與資源配給之間的灰色地帶，如果事前核准的主要目的是為了財務的理由而非醫學的理由，則病患需要的治療就有可能被否決或延遲。

就第四點以病患健康需要無關的標準來歧視部份病人而言，此點也隱含在聯合行動計畫之中，聯合行動計畫第三點對不重要或沒有價值的藥(trivial medicines)加以負面表列，但只允許 18 歲以下的患者使用。這些藥品包括一些感冒止咳用藥、口腔與喉嚨製劑、以及旅遊不適的藥品等等。

聯合行動計畫第五、六、七、八點則一致將預算考量置於病患需要之前，其中第五點所列舉的藥物，只有在先行實施非藥物治療失敗之後再開列聽起來言之成理，但也可以解讀為基於預算的理由將需要的治療加以延後。聯合行動計畫第六點所稱有爭議的(disputed)藥品，指的是既未被證明為有效，也未被證明為無效的藥品，此舉雖然也是言之成理，但仍然將預算考量置於病患需要之前，因為部分病患的確可以藉由這些藥物改善病情，而醫師往往也認為安慰劑是處理部份問題的一種花費不高的方法。

整體而言，聯合行動計畫可以視為是醫師與病患傳統選擇自由，與配給原則之間的一種妥協方案。

第二節 英國藥費總額實施評估

本節將分別描述英國藥費控制背景，英國藥費控制歷史，開業醫師的藥費預算設定，以及藥費總額的政策效果。

(一) 英國藥費控制背景

另一個藥費預算制度的突例，發生於英國 1991 年之後的開業醫師基金(GP fundholder)。英國實施開業醫師基金的主要目的，在於提高醫院服務與社區服務的效率，而另一個比較次要，而且比較少被提及的目的，其實就是控制開業醫師本身的處方藥品費用。

英國藥品的購買者主要有三類，非處方藥可以由消費者直接購買，另外就是經由醫院與開業醫處方而獲得，其中經由開業醫處方的藥品病患需付處方費用給藥局，但老年人、貧窮者和罹患慢性病者並不需要付處方費，這些人佔了 85%。整體而言，英國總藥費的 20%來自自費，20%由醫院買單，其餘的 60%則為開業醫師的處方支出(Glennerster et al. 1994)。如果不對開業醫師的處方進行監控，

則無異給開業醫空白的支票簿，而政府或健保局則是背後的付費者。

英國對開業醫師處方藥費的控制有一段非常長遠的歷史。1911 年英國實施全民健康保險法案(National Insurance Act)時，首次允許開業醫師利用公共財源開列處方，但同時必須接受政府監控，因此設定藥品基金作為限制，任何開列處方超出地區平均值的開業醫師均必須接受監督單位的訪查(Martin 1957)。

(二) 英國藥費控制歷史

1948 年英國實施國民保健服務的同時，取消藥品費用的限制，改由實際需求來決定費用多少，公共支出轉由需求作決定的結果，很快的便與當時由經濟狀況所決定的公共支出狀況不相吻合，因此於 1954 年成立委員會來建議醫師的處方內容，但具有合理解釋者可以不遵守上述的建議內容。單價較高的藥品則由政府透過獨占力量來談判降價，此舉最終將導致製藥業與政府之間的藥品合理利潤政策。

對開業醫師的壓力以及對製藥產業的壓力，兩者共同構成接下來 30 年藥品費用控制的主要內容(Sainsbury Committee 1967, Reekie and Weber1979)，直到 1979 年保守黨執政時才作修改。其第一步驟為公佈藥品的選擇清單，並限制非必要性藥品的支付，此舉讓英國政府節省 7500 萬英鎊(Department of Health 1989)。此外，每位醫師都會收到每月報表，上面列舉該醫師的處方狀況以及當地醫師的平均值，但保守黨的策略不僅如此而已。

對藥費進行總額預算管制也是長久以來一直討論的議題，英國政府於是利用首相對國民保健服務公佈的白皮書(Department of Health 1989)來推動開業醫師的藥費限制。在接下來的幾年內英國政府透過層層的部門，來實施這個新制度。不過，各別醫師藥費的總額會一併考慮當地的因素，包括人口組成或醫療服務的供給，無法成功控制藥費的醫師同樣會接受訪查並提出合理解釋，各地區總額則預先提撥 1.5% 來彌補某些無法避免的超支。

英國政府對參加開業醫師基金和未參加者提出不同的誘因來加以鼓勵。以地區來作區分，如果當地的藥費低於預算目標值，則另外撥付總額預算的 35 作為提升當地開業醫師品質的獎勵。對參加開業醫師基金者的誘因則更為直接，如果藥費超出預算，則必須由其他預算加以支應，但若低於預算則藥費可以流通用到其他項目。這兩者的比較結果稍後討論。

(三) 開業醫師的藥費預算設定

藥費的設定首先考慮以前一年的處方費用為基準，在換算當年度價格和人口組成的改變，年紀大的人也給予較大的權數，制度剛實施的 1991 至 1993 年，65 歲以上者的權數即為 65 歲以下者的三倍。但 1993 年以後的權數依據性別年齡別區分得更為複雜，65 歲以上者設定為 10 倍，75 歲以上者的女性為 12 倍，55 至 64 歲為六倍，甚至連臨時住民都有 0.5 的權數。

因此，藥費總額的設定考慮以下幾個因素：(1)過去的處方費用；(2)價格變動或藥品更動的因素；(3)人口數及性別年齡別組成之變化；(4)需要特別昂貴藥品病人數目的變動；(5)醫療提供者的變動，例如新開一家高血壓診所；(6)特殊因素，例如新開一家老人之家；(7)醫院門診處方的變動情形；(8)鄰近地區的其他相關變化。這些因素均牽涉到協調與判定。

由於藥費的設定也牽涉到基期年的認定，因此與其他總額設定時會碰到的問題一樣，都傾向於在基期之前的一二年設法提高藥費，至少提高至與平均值等量。英國政府雖然注意到此一現象，但無法成功管制。所以開業醫師實施藥費總額，初期可能必須先忍受藥費上升，但之後藥費便可以期待獲得相當程度的下降 (Glennerster et al. 1994)

(四) 藥費總額的政策效果

前述對於未來參加開業醫師基金者而言，藥費預算控制作成效似乎不理想，

因為地區平均值是否會低於目標值誰也沒有把握，可以都得優先犧牲自己的病人部份用藥的權力。小地區藥費總額的運作機制似乎與其他總額類似，都受到賽局理論中次家方案的均衡解所影響，個別理性下的行為加總並不完全符合集體理性下的最佳結論，而背叛者卻可能獲得較多的補償。

但開業醫師基金持有者的反應卻完全不同。由於藥費總額回饋的設計，開業醫師非常認真在執行三個動作。第一是詳細監控病人使用學名藥 (generic drugs) 的情況並盡量擴大其佔有率；第二是要求開業醫師嚴密監控重複或日期重疊的處方；第三是透過檔案分析資料尋求專家進一步的改善建議。三個動作的內容並無特別新鮮之處，但卻為藥費總額的設計提供充足的誘因之後，開業醫師自發性的費用控制策略。

在上述方案實施的過程中。部份開業醫師還發展出比較周延的步驟來作為改革依據。例如一但醫療群中的某位醫師已經達到啟動藥物監控(drugs audit)的必要時，變透過電腦檔案來作比較詳盡的分析，並在兼顧病人接受度的前提下，嘗試提出更具有成果的方案，並在每次的會議之後針對這些藥品提出明確的建議，而且每位醫師都可以獲得這些建議。醫師們仍具有絕對的自由來處方，但事實顯示醫師接受上述的建議的可能性也非常大。其結果可以見到藥品的範圍大量減少，學名藥使用更為普遍，單次處方天數一律控制在 30 天以內，重複用藥嚴格堅控。部份的研究比較了家庭醫師與非家庭醫師基金持有者的用藥情形(Burr et al 1992)，發現家庭醫師基金持有者有較高的誘因去控制藥費，但此一控制仍舊維持在理性管理的範圍之內，並未影響新藥或昂貴治療的使用，因此不會嚴重損害病人健康。

此外有兩種大型的對照組實驗(Bradlow & Coulter 1993, Maxwell et al 1993)，其中前者在牛津地區研究，後者在愛丁堡進行。兩者均發現基金持有者和非基金者持有者的藥品費用都有增加；但前者增加明顯較慢。進一步分析各項目的的藥費發現基金持有者明顯以較便宜的藥品來取代過去的處方。

第三節 台灣的藥費支出與分布

由於藥費總額規劃在台灣是全新的經驗，因此先在前兩節介紹德國與英國的經驗，但是這些國家實施藥費總額的主要目的在於藥費控制，而不在分級醫療，因此有必要在進行政策建議之前，簡單討論台灣藥費的支出與分布情況。

本節再區分為兩個小節加以描述，第一小節描述台灣藥費支出的總體資料，以及總體資料在 OECD 國家之間的比較。第二小節描述台灣藥費支出在不同分項之間的分布狀況，以嘗試瞭解藥費上漲的因素，及其可能有效的調控策略。

(一) 台灣藥費支出的國際比較

表 4-2 顯示經濟合作開發組織(OECD)國家的藥費支出，不過由於各國人口數及人口組成均有不同，因此比較方便的分析基準，應為藥費佔總醫療支出的百分比，OECD 國家的資料顯示於表 4-3 中，台灣的資料顯示於表 4-5 中。

由 1997-2002 年，台灣的藥費支出約佔總醫療費用的 26%，這樣的比率如果與 OECD 國家相比較，台灣的藥費佔總醫療費用比率顯然高於所有的 OECD 國家，唯一的例外只有東歐的匈牙利與斯洛伐克。在表 4-3 中，藥費佔總醫療費用比率低於 10% 的只有丹麥和挪威，藥費佔總醫療費用比率介於 10-15% 的有美國、澳大利亞、紐西蘭、德國、荷蘭、瑞典、瑞士、冰島、愛爾蘭、盧森堡。藥費佔總醫療費用比率介於 15-20% 的國家包括奧地利、比利時、加拿大、芬蘭、希臘、日本、英國。藥費佔總醫療費用比率介於 20-30% 的國家包括捷克、法國、匈牙利、義大利、韓國、墨西哥、葡萄牙、西班牙、土耳其等。

在藥費佔總醫療費用比率的時間趨勢上，絕大部分國家傾向於逐漸增加藥費佔總醫療支出的比率，藥費佔總醫療費用比率傾向維持比較固定的國家有比利時、德國、希臘、匈牙利、愛爾蘭、荷蘭、紐西蘭、葡萄牙、瑞士。而藥費佔

表 4-2 藥費及其他非耐久醫療用品 (1995 年百萬美金計價基準)*

	澳大利亞	奧地利	比利時	加拿大	捷克	丹麥	芬蘭	法國	德國	希臘	匈牙利	冰島	愛爾蘭	義大利	日本
1991	3101		2073	7705	7281	5759	748	15887		569	49668	3969	286	12686	6376000
1992	3432		2327	8519	9646	5965	807	16830	23419	750	60427	4244	314	13399	6564634
1993	3797		2610	9180	14166	6689	849	18211	21715	920	78239	4251	324	13027	6979329
1994	4246		2681	9437	21323	7258	908	18670	22856	1108	101695	4640	344	13304	6953167
1995	4657	1568	2859	10103	25736	7514	1005	19809	24219	1210	104847	4997	373	14254	7568594
1996	5131	1657	2866	10358	28271	7813	1087	20246	25569	1355	129029	5578	401	15554	7656287
1997	5579	1818	3009	11418	30060	8256	1157	21108	25918	1489	153919	5680	439	16926	7407075
1998	6062	2048		12536	30258	8711	1175	22588	27504	1374		6647	501	18078	6952596
1999	6811	2240		13520	30576	8908	1250	24465	28408	1566		8026	590	19326	6896920
2000	8085	2455		15093	31259	9408	1351	26890	29302	1812		8525	696	21129	7216001
2001	8989	2563		16670	34815	10509	1483	29142	31836	1928	311919	9612	819	22668	7445183
2002		2707		18141	38064	11789	1621	30854	33304	2061	359372		1030	23879	

資料來源：OECD Health Data (2004), 1st edition

*藥費及其他非耐久醫療用品(總數、公部門、私部門)包括藥物配置品、原廠藥及學名藥、一般藥品、專利藥品、血清與疫苗、維他命、礦物質、口服避孕藥等等

表 4-2 (續) 藥費及其他非耐久醫療用品 (1995 年百萬美金計價基準)*

	韓國	盧森堡	墨西哥	荷蘭	紐西蘭	挪威	波蘭	葡萄牙	斯洛伐克	西班牙	瑞典	瑞士	土耳其	英國	美國
1991	3138805	89		2021	759	4529		963			10841	3006		5225	68148
1992	3582525			2349	805	4820		1136			12422	3080		6020	71437
1993	3851280			2567	870	6377		1289			14415	3284		6593	74674
1994	4247507	95		2628	993	6074		1381			16092	3406	44193000	7224	78892
1995	4894398	101		2791	988	6664		1556		6402	17958	3611		7641	86340
1996	5462446	103		2890	1013	7319		1731		6994	20840	3808		8351	94256
1997	5573791	116		2981	1068	8025		1876		7679	19447	3994		8777	103627
1998	5076362	121		2949				1985		8301	22631	4122			115866
1999	5935412	138	47758	3267					16584	9102	24494	4367	1211440000		134752
2000	7041804	141	59446	3535					17545	9671	25822	4642	2042760000		152333
2001	8367634	156	69211	3898		12469			19130	10415	26634	4895			171845
2002	8934864	162	80661	4234					23274	11425	28302	4926			194146

資料來源：OECD Health Data (2004), 1st edition

*藥費及其他非耐久醫療用品(總數、公部門、私部門)包括藥物配置品、原廠藥及學名藥、一般藥品、專利藥品、血清與疫苗、維他命、礦物質、口服避孕藥等等

表 4-3 藥費及其他非耐久醫療用品佔醫療支出百分比*

	澳大利亞	奧地利	比利時	加拿大	捷克	丹麥	芬蘭	法國	德國	希臘	匈牙利	冰島	愛爾蘭	義大利	日本
1991	9.5	-	15.6	11.8	18.4	8.0	9.9	17.2	-	16.3	27.6	12.3	11.6	20.4	22.9
1992	9.9	-	16.3	12.4	21.1	7.9	10.8	17.1	14.7	17.0	26.5	13.0	11.1	20.4	22.0
1993	10.4	-	17.4	13.0	19.4	8.5	12.3	17.5	13.2	16.6	28.4	12.4	10.7	19.9	22.3
1994	11.0	-	17.5	13.1	24.7	8.8	13.4	17.4	12.9	16.1	28.0	13.1	10.6	19.9	21.1
1995	11.2	11.1	16.3	13.8	25.6	9.1	14.1	17.6	12.7	15.7	25.0	13.4	10.4	20.9	22.3
1996	11.5	11.2	15.5	14.0	25.5	8.9	14.4	17.6	12.8	16.1	26.0	14.0	10.5	21.1	21.6
1997	11.7	13.1	16.2	14.8	25.3	9.0	14.8	18.0	12.9	16.2	25.9	13.6	10.2	21.3	20.6
1998	11.9	14.0	-	15.2	23.2	9.0	14.6	18.6	13.4	13.9	-	13.6	10.4	21.8	18.9
1999	12.4	14.6	-	15.5	22.7	8.7	15.1	19.5	13.5	14.4	-	14.1	10.5	22.3	18.4
2000	13.4	15.4	-	16.0	22.0	8.7	15.5	20.3	13.6	15.4	-	14.1	10.6	22.3	18.7
2001	13.8	15.8	-	16.3	21.9	8.8	15.7	20.9	14.3	15.6	28.5	14.0	10.3	22.4	18.8
2002	-	16.1	-	16.6	22.6	9.2	15.9	20.8	14.5	15.3	27.6	-	11.0	22.4	-

資料來源：OECD Health Data (2004), 1st edition

*藥費及其他非耐久醫療用品(總數、公部門、私部門)包括藥物配置品、原廠藥及學名藥、一般藥品、專利藥品、血清與疫苗、維他命、礦物質、口服避孕藥等等

表 4-3 (續) 藥費及其他非耐久醫療用品佔醫療支出百分比*

	韓國	盧森堡	墨西哥	荷蘭	紐西蘭	挪威	波蘭	葡萄牙	斯洛伐克	西班牙	瑞典	瑞士	土耳其	英國	美國
1991	25.6	15.0	-	9.6	14.1	7.3	-	24.3	-	-	8.7	9.8	-	13.8	9.1
1992	23.5	-	-	10.5	14.2	7.5	-	24.7	-	-	9.7	9.4	-	14.2	8.8
1993	22.9	-	-	11.0	14.9	9.6	-	25.6	-	-	10.9	9.7	-	14.8	8.6
1994	21.4	12.2	-	10.9	15.8	8.8	-	25.2	-	-	11.9	9.8	31.6	15.1	8.6
1995	21.0	12.0	-	11.0	14.8	9.0	-	23.6	-	19.2	12.5	10.0	-	15.3	8.9
1996	19.0	11.5	-	11.0	14.5	9.1	-	23.8	-	19.8	13.7	10.0	-	15.6	9.2
1997	16.3	12.6	-	11.0	14.4	9.2	-	23.8	-	20.8	12.5	10.3	-	15.8	9.6
1998	13.4	12.3	-	10.2	-	-	-	23.4	-	21.0	13.8	10.2	-	-	10.3
1999	13.5	11.9	18.6	10.6	-	-	-	-	34.0	21.5	14.0	10.5	24.3	-	11.2
2000	16.0	12.0	19.5	10.8	-	-	-	-	34.0	21.3	13.9	10.7	24.8	-	11.9
2001	22.4	12.0	19.9	10.6	-	-	-	-	34.0	21.2	13.3	10.6	-	-	12.4
2002	-	11.6	21.6	10.4	-	-	-	-	37.3	21.5	13.1	10.3	-	-	12.8

資料來源：OECD Health Data (2004), 1st edition

*藥費及其他非耐久醫療用品(總數、公部門、私部門)包括藥物配置品、原廠藥及學名藥、一般藥品、專利藥品、血清與疫苗、維他命、礦物質、口服避孕藥等等

表 4-4 藥費及其他非耐久醫療用品佔 GDP 百分比*

	澳大利亞	奧地利	比利時	加拿大	捷克	丹麥	芬蘭	法國	德國	希臘	匈牙利	冰島	愛爾蘭	義大利	日本
1991	0.8		1.2	1.1	1.0	0.7	0.9	1.5		1.2	2.0	1.0	0.8	1.7	1.4
1992	0.8		1.3	1.2	1.1	0.7	1.0	1.5	1.5	1.3	2.0	1.1	0.8	1.7	1.4
1993	0.8		1.4	1.3	1.4	0.7	1.0	1.7	1.3	1.5	2.2	1.0	0.7	1.6	1.4
1994	0.9		1.4	1.2	1.8	0.8	1.0	1.6	1.3	1.6	2.3	1.1	0.7	1.6	1.4
1995	0.9	0.9	1.4	1.3	1.9	0.7	1.1	1.7	1.3	1.5	1.9	1.1	0.7	1.5	1.5
1996	1.0	0.9	1.4	1.3	1.8	0.7	1.1	1.7	1.4	1.5	1.9	1.2	0.7	1.6	1.5
1997	1.0	1.0	1.4	1.3	1.8	0.7	1.1	1.7	1.4	1.5	1.8	1.1	0.7	1.6	1.4
1998	1.0	1.1		1.4	1.6	0.8	1.0	1.7	1.4	1.3		1.2	0.6	1.7	1.4
1999	1.1	1.1		1.4	1.6	0.7	1.0	1.8	1.4	1.4		1.3	0.7	1.7	1.4
2000	1.2	1.2		1.4	1.6	0.7	1.0	1.9	1.4	1.5		1.3	0.7	1.8	1.4
2001	1.3	1.2		1.5	1.6	0.8	1.1	2.0	1.5	1.5		1.3	0.7	1.8	1.5
2002				1.6	1.7	0.9	1.2	2.0	1.6	1.5			0.8	1.9	

資料來源：OECD Health Data (2004), 1st edition, 台灣全民健康保險統計(2004)

*藥費及其他非耐久醫療用品(總數、公部門、私部門)包括藥物配置品、原廠藥及學名藥、一般藥品、專利藥品、血清與疫苗、維他命、礦物質、口服避孕藥等等

表 4-4 (續) 藥費及其他非耐久醫療用品佔 GDP 百分比*

	韓國	盧森堡	墨西哥	荷蘭	紐西蘭	挪威	葡萄牙	斯洛伐克	西班牙	瑞典	瑞士	土耳其	英國	美國	台灣
1991	1.4	0.9		0.8	1.0	0.6	1.6			0.7	0.9		0.9	1.1	
1992	1.4			0.9	1.1	0.6	1.7			0.8	0.9		1.0	1.1	
1993	1.3			0.9	1.1	0.8	1.9			0.9	0.9		1.0	1.1	
1994	1.2	0.7		0.9	1.1	0.7	1.8			1.0	0.9	1.1	1.1	1.1	
1995	1.2	0.8		0.9	1.1	0.7	1.9		1.5	1.0	1.0		1.1	1.2	
1996	1.2	0.7		0.9	1.0	0.7	2.0		1.5	1.1	1.0		1.1	1.2	
1997	1.1	0.7		0.9	1.1	0.7	2.0		1.6	1.0	1.0		1.1	1.3	0.8
1998	1.0	0.7		0.8			2.0		1.6	1.1	1.1			1.3	0.8
1999	1.1	0.7	1.0	0.9				2.0	1.6	1.2	1.1	1.6		1.5	0.9
2000	1.2	0.7	1.1	0.9				1.9	1.6	1.2	1.1	1.6		1.6	0.8
2001	1.3	0.7	1.2	0.9				1.9	1.6	1.2	1.2			1.7	0.9
2002	1.3	0.7	1.3	1.0				2.1	1.6	1.2	1.2			1.9	0.9

資料來源：OECD Health Data (2004), 1st edition, 台灣全民健康保險統計(2004)

*藥費及其他非耐久醫療用品(總數、公部門、私部門)包括藥物配置品、原廠藥及學名藥、一般藥品、專利藥品、血清與疫苗、維他命、礦物質、口服避孕藥等等

總醫療費用比率傾向減少的國家主要只有日本，其原因值得學術領域進行進一步研究。

不過解讀表 4-3 中的數據必須注意兩點限制，第一個限制是不同國家的藥費計算基準可能不同，有些國家可能只有公部門的藥費支出與總醫療支出，有些國家可能包括私部門或自掏腰包的藥費支出與總健康支出，而表 4-5 中台灣的藥費支出只包括全民健保的公部門支出，因此在比較上必須假設公部門與私部門的藥費佔率大約相當，上述的比較才能獲得比較堅固的支持。

第二個限制來自於藥費佔總醫療費用比率中的分母，也就是總醫療支出的大小。經濟發展程度比較落後的國家可能無法負擔太多昂貴的醫療科技，因此醫療費用可能較低，或醫療費用佔國內生產毛額(GDP)的比率也可能較低，這可能會使藥費佔總醫療費用比率呈現出比較高的數值。基於這樣的說法，台灣藥費佔總體醫療費用比率較高的原因，有可能是因為台灣的醫療費用佔 GDP 的比率較低。因此另一種可以接受的比較基準，就是藥費支出佔 GDP 的比率，表 4-4 同時列出台灣與 OECD 國家藥費佔 GDP 的比率。不過由於台灣的藥費計算只包括公部門的全民健保藥費，與其他國家的計算基準未必一致，這部分有待其他的研究作進一步釐清。

如果以台灣最近的自費醫療支出為基準(紀駿輝,李卓倫等,2004)，台灣每人每年繳交的藥費部分負擔約 85.8 元，自購中西藥費約 288 元，總計台灣一年私部門的藥費支出 8,597,400,000，約 86 億元，佔 GDP 的 0.09%。加上公部門健保藥費佔 GDP 的 0.9%(表 4-4)，總計台灣的藥費總之出佔 GDP 約為 1%。與丹麥、荷蘭、紐西蘭、英國等大約相當，因此部分學者主張，台灣的藥費支出並未明顯高於其他工業化國家。

工業化國家的藥費支出佔總醫療費用的比率一般介於 10-20%，而開發中國家一般高於 20%，甚至可能高達 60% (Abel-Smith 1994)。其另一個相關的解釋是開發中國家的勞力成本較低，而勞力成本正是構成總體醫療費用的主要部分

(Getzen 2004)。另一方面，開發中國家所使用的藥物成品、半成品或原料主要必須依賴進口，因此價格必須依照國際水準來訂定，造成其藥品價格相對於該國的其他醫療服務較高的現象(Abel-Smith 1994)。因此上述現象雖然正常，但也代表開發中國家應該謹慎規劃以提升其藥品使用的效率。

表 4-5 台灣健保藥費佔健保總醫療支出比率

年份	總藥費/總醫療支出	門診藥費/總醫療支出	住院藥費/總醫療支出
1997	25.08%	20.51%	4.58%
1998	25.67%	21.11%	4.56%
1999	26.34%	21.63%	4.71%
2000	26.57%	21.72%	4.85%
2001	25.94%	21.26%	4.68%
2002	25.75%	20.75%	5.00%
年平均成長率*	0.53%	0.23%	1.77%

資料來源：健保局統計資料

$$* \text{年平均成長率} = \sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$$

(二) 台灣藥費支出的分布狀況

由 1997-2002 年，台灣的藥費支出約佔總醫療費用的 26%，如果以門診和住院的服務類別作區分(表 4-5)，這其中門診藥費大約佔總醫療費用的 21%，住院藥費大約佔總醫療費用的 5%。台灣的門診藥費支出雖然是住院藥費支出的四倍以上，但是住院藥費的年成長率(1.77%)卻遠高於門診藥費的年成長率(0.23%)。顯示論病例計酬支付基準與藥費總額的實施，對門診藥費與住院藥費均可能同時有相當實質的影響。

由於門診藥費支出佔所有藥費支出的 80% 以上，足以主導總體藥費支出的情況，因此有必要探討門診藥費的分布狀況。如果將門診藥費依據總額類別作區分(表 4-6)，門診藥費約佔門診總醫療支出的 30%，其中西醫門診藥費 28%，中醫

表 4-6 台灣健保門診藥費佔健保總門診醫療支出比率(依總額類別分)

年份	總門診藥費/ 總門診醫療支出	西醫門診藥費/ 總門診醫療支出	牙醫門診藥費/ 總門診醫療支出	中醫門診藥費/ 總門診醫療支出
1997	29.14%	26.96%	0.08%	2.09%
1998	29.52%	27.40%	0.06%	2.06%
1999	30.09%	28.09%	0.04%	1.96%
2000	30.20%	28.34%	0.04%	1.82%
2001	29.86%	28.06%	0.04%	1.76%
2002	29.28%	27.58%	0.04%	1.66%
年均成長率*	0.10%	0.46%	-12.94%	-4.50%

資料來源：健保局統計資料

$$* \text{年平均成長率} = \sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$$

門診藥費 2%，牙醫門診藥費不足 0.1%。在年成長率方面，門診藥費佔總門診醫療支出比率的年成長率 0.1%，其中以西醫門診藥費佔率成長最快(0.46%)，牙醫與中醫的門診藥費佔率均呈現負成長，其中牙醫門診藥費佔率每年減少 13%。

這樣的數字顯示政策上推動論病例計酬支付基準與藥費總額，對西醫門診藥費的抑制效果可能較大，但對中醫藥費及牙醫藥費可能具有保護的效果。不過由於中醫門診醫療費用中的 26% 為藥費 (表 4-7)，因此仍會對中醫產生較大的衝擊。

如果將門診藥費依據層級類別作區分 (表 4-8)，門診藥費佔門診總醫療支出的 30% 中，醫學中心約佔 10%，區域醫院約佔 7%，地區醫院約佔 4%，診所約佔 7%，藥局約佔 2%。

各層級醫療院所的門診藥費佔率數字在此無法直接顯示真實故事的核心，不同層級醫療院所門診藥費的年成長率才是特別值得注意的重點。當台灣的總體藥費每年以 0.1% 的速度成長時，醫學中心與區域醫院門診藥費佔率的年成長率分別為 7.3% 與 6.3%，因此是台灣門診藥費成長的主要貢獻者。不過地區醫院與診所再此段時間的門診藥費佔率每年分別減少 4.9% 與 9.7%，促成了藥局的門診藥費佔率每年成長 44.9%。

上述資料顯示在醫院總額之下實施藥費總額，對控制門診藥費與門診分級醫療將可以帶來實質的影響，但必須特別注意並避免地區醫院在醫院總額底下，其門診業務仍處於競爭劣勢的事實。

表 4-7 台灣健保門診藥費佔該類別健保總門診醫療支出比率(依總額類別分)

年份	西醫門診藥費佔總西	牙醫門診藥費佔總牙	中醫門診藥費佔總中
	醫門診醫療支出	醫門診醫療支出	醫門診醫療支出
1997	32.95%	0.66%	31.67%
1998	33.29%	0.51%	32.71%
1999	34.02%	0.37%	31.47%
2000	34.55%	0.35%	29.75%
2001	34.30%	0.32%	28.72%
2002	33.51%	0.32%	26.25%
年平均成長率*	0.34%	-13.48%	-3.68%

資料來源：健保局統計資料

$$*年平均成長率 = \sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$$

表 4-8 台灣健保門診藥費佔健保總門診醫療支出比率(依層級類別分)

年份	總門診藥費/總門診醫療支出	醫學中心	區域醫院	地區醫院	診所門診	藥局藥費/總門診醫療支出
		門診藥費/總門診醫療支出	門診藥費/總門診醫療支出	門診藥費/總門診醫療支出	藥費/總門診醫療支出	
1997	29.14%	6.72%	4.97%	4.89%	12.27%	0.28%
1998	29.52%	6.83%	5.36%	4.90%	11.87%	0.56%
1999	30.09%	7.51%	5.71%	4.96%	11.12%	0.79%
2000	30.20%	8.34%	6.06%	4.51%	10.36%	0.93%
2001	29.86%	8.94%	6.31%	4.05%	9.56%	1.01%
2002	29.28%	9.56%	6.74%	3.81%	7.38%	1.79%
年成長率	0.10%	7.30%	6.28%	-4.87%	-9.67%	44.92%

資料來源：健保局統計資料

$$*年平均成長率 = \sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$$

在住院藥費部分(表 4-9)，住院藥費總額與佔率約為門診藥費的 25%，藥費佔住院支出的比率約為 17%，其中醫學中心約佔 8.7%，區域醫院約佔 5.6%，地區醫院約佔 2.4%，診所佔率低於 0.01%。而就年成長率而言，醫學中心與區域醫院仍舊是住院藥費佔率成長的主要貢獻者。這也顯示在醫院總額之下實施藥費總額，對控制住院藥費將可以帶來實質的影響，但也必須特別注意並避免地區醫院在醫院總額底下，其住院業務仍處於競爭劣勢的事實。

表 4-9 台灣健保住院藥費佔健保總住院醫療支出比率(依層級類別分)

年份	住院藥費/總 住院醫療支 出	醫學中心住 院藥費/總住 院醫療支出	區域醫院住 院藥費/總住 院醫療支出	地區醫院住 院藥費/總住 院醫療支出	診所住院藥 費/總住院醫 療支出
1997	15.45%	7.28%	4.79%	3.37%	0.02%
1998	16.01%	7.43%	5.36%	3.21%	0.01%
1999	16.76%	8.15%	5.50%	3.11%	0.01%
2000	17.26%	8.83%	5.53%	2.89%	0.01%
2001	16.24%	8.51%	5.29%	2.43%	0.01%
2002	17.18%	8.66%	5.55%	2.36%	0.00%
年成長率*	2.15%	3.53%	2.99%	-6.88%	-23.38%

資料來源：健保局統計資料

$$* \text{年平均成長率} = \sqrt[n]{\frac{M_{t+n}}{M_t}} - 1$$

表 4-10 與表 4-11 比較不同層級醫療院所在門診與住院的藥費佔率，顯示無論是醫學中心、區域醫院或地區醫院，門診藥費佔門診醫療費用的比率，均遠超過住院藥費佔住院醫療費用的比率，而且規模愈大的醫院這個差距就更大。

此一數據顯示如果在醫院總額之下實施藥費總額的結果，醫院有可能會優先將病人轉診回基層診所，以讓門診藥費的佔率可以大幅下降。另一方面，住院藥費雖然佔住院醫療費用的比率較小，但這是因為住院醫療費用的母數本來就較大，因此住院藥費的佔率只要縮小一些，就代表已經相當實質的藥費節省，因此

未必不是醫院的管理重點。只是縮小門診藥費佔率的策略直接與分級醫療有關，而縮小住院藥費佔率的策略只直接與藥費控制有關。

表 4-10 台灣健保住院藥費佔該層級健保總住院醫療支出比率(依層級類別分)

年份	醫學中心住院藥費佔醫學中心總住院醫療支出	區域醫院住院藥費佔區域醫院總住院醫療支出	地區醫院住院藥費佔地區醫院總住院醫療支出	診所住院藥費佔總住院醫療支出
1997	16.28%	15.05%	14.43%	14.09%
1998	17.21%	15.46%	14.53%	23.87%
1999	18.22%	16.18%	14.61%	26.21%
2000	19.00%	16.65%	14.24%	23.50%
2001	18.14%	15.53%	12.83%	20.11%
2002	18.92%	15.82%	12.34%	21.65%
年均成長率*	3.05%	1.00%	-3.08%	8.97%

資料來源：健保局統計資料

$$* \text{年平均成長率} = \sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$$

表 4-11 台灣健保門診藥費佔該層級健保總門診醫療支出比率(依層級類別分)

年份	醫學中心門診藥費佔醫學中心總門診醫療支出	區域醫院門診藥費佔區域醫院總門診醫療支出	地區醫院門診藥費佔地區醫院總門診醫療支出	診所門診藥費佔總門診醫療支出
1997	41.19%	35.65%	28.03%	23.60%
1998	42.11%	35.70%	28.48%	23.28%
1999	43.35%	36.56%	29.52%	22.54%
2000	44.29%	36.86%	29.41%	21.47%
2001	44.42%	36.18%	28.58%	20.31%
2002	45.88%	37.10%	28.30%	16.27%
年均成長率*	2.18%	0.80%	0.19%	-7.17%

資料來源：健保局統計資料

$$* \text{年平均成長率} = \sqrt[n]{\frac{Mt+n}{Mt}} - 1$$

第四節 對台灣當前總額政策的建議

本節依據上述內容針對總額運作部分加以整理歸類，並以實際數據作為依據，提出以下的政策建議，其中部分與總額的協定與劃分有直接相關，部分則與總額的協定與劃分間接相關並需要更高層級的整體政策規劃。以下的政策建議摘要分為六點，敘述重點在政策操作上可以運用的策略內容。

(一) 藥費總額對藥費控制及用藥效率具有實質影響

台灣的藥費總額佔 GDP 約 1%，與丹麥、荷蘭、紐西蘭、英國等大約相當。但台灣的藥費支出約佔總醫療費用的 26%，這樣的比率顯然高於所有的 OECD 國家，唯一的例外只有東歐的匈牙利與斯洛伐克。實施藥費總額對台灣而言，似乎是有效的醫療費用控制工具之一。

藥費總額政策可以提升用藥效率的證據來自其他實施藥費總額的國家。德國醫師公會因應藥費總額政策的行動內容，包括將處方藥價格維持在最低三分之一範圍內，對不重要或沒有價值的藥加以負面表列，列舉某些藥物只有在先行實施非藥物治療失敗之後再開列，避免開立既未被證明為有效也未被證明為無效的爭議性藥品，避免開立治療效用附加價值尚未確定但價格昂貴的新藥，某些治療效果有爭議或效果較小但價格較貴的藥品必須事前核准，實施其他措施以保證處方內容均具有醫學上的必要性。這些因應方式均大量提升用藥效率，使得臨床上有爭議的用藥有效減少，但具有專利保護的新藥仍然繼續在發展，而已經超過專利期限的藥品則由較便宜的學名藥擁有較大的市場佔率，整體而言德國醫師並未因為藥費總額實施而減少其開立處方的標準。。

英國的藥費總額則起因於認為如果不對開業醫師的處方進行監控，則無異給開業醫空白的支票簿，而政府或健保局則是背後的付費者。藥費總額政策在開業

醫師基金持有者的實施結果，由於藥費總額回饋的設計，開業醫師非常認真在執行三個動作。第一是詳細監控病人使用學名藥(generic drugs)的情況並盡量擴大其佔有率，第二是要求開業醫師嚴密監控重複或日期重疊的處方，第三是透過檔案分析資料尋求專家進一步的改善建議。三個動作的內容並無特別新鮮之處，但卻為藥費總額的設計提供充足的誘因之後，開業醫師自發性的費用控制策略。其結果可以見到藥品的範圍大量減少，學名藥使用更為普遍，單次處方天數一律控制在 30 天以內，重複用藥嚴格堅控。

(二) 醫院總額與基層總額均分別實施藥費總額

以上的敘述重點在於藥費總額政策所能完成的費用控制與效率提升效果，但在促成分級醫療的概念上，則可以考慮在維持醫院總額與基層總額的架構下，分別設定藥費總額。藥費總額的設定，可以依據現狀作為參考值，也可以仿效英國依據危機調整論人公式計算藥費，讓錢跟著人走，其細節有待進一步的實務面規劃。

維持醫院總額與基層總額的架構下分別設定藥費總額，主要的考量為可以清楚界定兩個總額之間藥費的流動現象。例如如果分級醫療的階段性重點，在於慢性病患在病情穩定下可以交由基層醫師持續照顧，而且藥費也是慢性病患的主要支出項目，則保險人可以依據政策預期目標，透過總額協商機制，決定藥費總額在醫院與基層兩個總額之間的預期流動。

理論上醫院總額內所減少的藥費，應該正好等於基層總額內所增加的藥費。但在實務操作上，總額協商機制也可以同時要求基層總額減少部分藥品的支出，包括不重要或沒有價值的藥、只有在先行實施非藥物治療失敗之後才能開列的藥、既未被證明為有效也未被證明為無效的爭議性藥品、治療效用附加價值尚未確定的藥等等，例如一般感冒用藥就包括在應該由藥品總額中逐漸刪除的項目之中。

本項建議雖然主張在醫院總額與基層總額的架構下分別設定藥費總額，但促成分級醫療的主要原因，來自醫院總額底下所設定的藥費總額。由於門診藥費佔門診總醫療費用的比率，在醫學中心為 46%，區域醫院為 37%，地區醫院為 28%，均遠遠高出住院藥費佔住院總醫療費用的比率。各級醫院嘗試減少藥費佔率的最好方法，就是轉診慢性病患及其他病情穩定的病患，達成分級醫療的目的。這樣的策略相較於醫院自主管理策略的內容，藥費總額提供給醫院的誘因比較明確，遊戲規則比較單一，並且可以間接帶動用藥效率的提升，以及上游藥廠或藥商利潤的合理化。

(三) 以醫院藥費總額取代醫院自主管理

在第二點政策建議中隱含一個合理的疑問，就是為什麼不直接透過醫院總額的操作，將應該由醫院釋出的醫療費用由醫院總額中扣除即可，而卻要透過藥費總額設定的機制來完成呢？其主要的有二，第一個原因是這樣做可以提供比較明確的誘因與目標，第二個原因則為藥費本來就是醫院比較容易有效操作的費用項目。

就第一個原因而言，中央健保局實施醫院自主管理，並且對門住診比例加以設限的主要目的，本意在於希望醫院將部份門診病患轉由基層照顧。但是這樣的本意未能充分實現的原因，在於醫院仍舊有其他策略，在符合上述規定的前提下照常追求營利目標，或是為了符合規定卻犧牲病患就醫權利。例如將門診病人反向轉由住院照顧，門診限制掛號，比較強迫性的將仍舊需要大型醫院持續照的病患，轉由未參加自主管理或卓越計畫的醫院照顧。

相反的，藥費總額提供的誘因比較明確，遊戲規則也比較單純。例如將門診病人轉由住院照顧並無法降低藥費，轉由其他醫院照顧也無法降低總額之內的藥費，醫院門診未必需要限制掛號也能夠控制藥費等等。不過，實施藥費總額的負面影響雖然比較不會由醫院或病患來承受，卻比較有可能由藥廠貨樣商來承受，

因而可能引發其他政治效果，這一點留待第六點再作詳述。

表 4-12 醫院卓越計畫實施前後藥費成長率^{4,5}

分局	參加卓越計畫			未參加卓越醫院		
	實施前 ¹	實施後 ²	差異 ³	實施前 ¹	實施後 ²	差異 ³
台北	21%	31%	9.7%	28%	42%	13.7%
北區	16%	15%	-1.3%	21%	34%	12.9%
中區	17%	6%	-11.8%	19%	29%	10.1%
南區	14%	17%	3.3%	32%	40%	8.2%
高屏	24%	30%	5.7%	24%	35%	10.8%
東區	20%	24%	4.2%	23%	43%	19.9%
總計	19%	22%	3.3%	24%	35%	11.5%

1. 實施前為 2004 年 1-7 月較去年同期成長率，藥費以各院申報月份數計算平均每月藥費
2. 實施後為 2004 年 8 月較去年同期成長率
3. 差異=(實施後)-(實施前)
4. 門住診藥費成長率=當月門住診總藥費/實施前平均每月門住診藥費
5. 地區醫院含未評鑑參加卓越家數 225 家

就第二點原因而言，表 4-12 顯示參加卓越計畫的醫院，其藥費成長均低於未參加卓越計畫的醫院，此一差距尤其以中區分局所轄的醫院表現最明顯。可見藥費控制原本就是醫院控制成本與提升效率的重點項目，也是醫院比較能夠有效操作的項目之一。既然如此，以醫院藥費總額來取代醫院自主管理的相關策略，是很合理的替代方案。

(四) 以基層藥費總額搭配論人計酬

雖然只要在醫院總額與基層總額的架構下，分別設定藥費總額，即可透過總額協商的宏觀調控方式，促成分級醫療。不過英國的經驗進一步顯示，如果以論人計酬作為支付基準的家庭醫師基金，與非家庭醫師基金持有者的用藥情形作比較，會發現家庭醫師基金持有者有較高的誘因去控制藥費，而且此一控制仍舊維

持在理性管理的範圍之內，並未影響新藥或昂貴治療的使用，因此不會嚴重損害病人健康。

換句話說，只要在醫院總額與基層總額的架構下分別設定藥費總額，即可實質性的促成分級醫療，但搭配論人計酬的家庭醫師制度，更能夠進一步促成基層藥費的有效控制，以及用藥效率的提升，包括詳細監控使用學名藥的情況並盡量擴大其佔有率、嚴密監控重複或日期重疊的處方、透過檔案分析資料尋求專家進一步的改善建議等等。

(五) 針對資源配給的可能不良影響和藥費超支預作規劃

實施藥費總額並不是沒有負面的影響，這在德國實施藥費總額的過程中曾經出現，因此費用協定委員會或衛生署應該針對這些影響預作規劃，並嚴密監控這些負面影響的發生。

1999 年夏天德國疾病基金醫師全聯會所提出緊急計畫中的五個行動方案就是應該嚴格避免其發生的內容，包括：(1)除了解救生命和醫學上必要的情況之外，處方藥品一律列入等候名單之中；(2)凍結新藥上市直到撐過預算年度為止；(3)強烈的用較便宜的學名藥來取代品牌藥；(4)使用昂貴藥物必須事前核准；(5)當藥費仍然超過總額上限時，由醫師暫時開立緊急處方要求病患自費購買，再由病患依單據向保險人申請核退。

這些強烈的醫療配給制度會帶來四種負面的現象，分別為實體資源不足、等候時間延長、對病患最佳的治療會被比較便宜的治療所取代、以病患健康需要無關的標準來歧視部份病人等，因此是屬於配給政策中最血腥的一種，應予嚴格避免。

除此之外，在實務上也有必要預先規劃當藥費總額超過當期額度時的因應方式，這些方式至少包括，但不限於以下四種。第一種方式是採取嚴格的支出上限制度，藥費超額部分一律由其他總額項目中扣除來補貼藥費，以維持藥費每點一

元的支付率；第二種方式也是採取嚴格的支出上限制度，但是仿照其他總額計算方式讓藥品支付點值浮動，但是此舉必須搭配如何保障社區藥局支付率的配套措施；第三種方式是可以有固定調整限度的支出目標制度，亦即部分藥費超額由健保基金負責，部分由執行總額預算的醫療院所共同負責，醫療院所負責的部分則參考第一和第二種策略內容；第四種方式是利用藥費超額時機回顧並檢討藥價基準，再討論要以回顧方式或前瞻方式重新計算藥品支付率，不足部分可由醫療院所或保險人與各藥廠事先約定處理方式。

(六) 預先考慮藥品價格競爭所引發的政治效應

前面所敘述的幾個方案中，均隱含保險人與醫院有空間與藥廠或藥商談判藥價。藥價之所以有談判空間，主要來自於藥業運作的本質。

產業競爭的生存之道主要來自兩方面，第一是降低成本，第二是產品差異化或異質化。製藥產業也是由競爭所主導，但基於專利權的保護，藥廠的競爭重點不是價格而是產品本身。所有藥廠的競爭重點均來自研發新藥取得專利，然後在專利的保護傘下，促使新藥迅速為醫療市場所接受，進而行銷全世界。

這個新藥的市場價格不是取決於成本，而是取決於市場可以忍受的程度。因此新藥的定價，主要考慮現有類似藥品的價格，然後在該價格之上予以加成，而並不一定特別考慮兩者療效的差距。因此，同一藥廠所製造的同一藥品，在不同國家的售價可能差距達 11 倍之多(Lall 1981)，而且通常是開發中國家所付的價格最高，例如巴西國會的調查曾發現巴西的許多藥價高出 500%到 1000% (Kanji 1992)。而開發中國家必須付出較高藥價的主因為市場獨占，這些藥品一開始藉專利權取得獨占，但即使在專利權結束之後，仍然可以取得接近獨占的地位，因為開發中國家往往沒有合格藥廠或足夠技術來製造學名藥(Abel-Smith 1994)。

這些機制促使藥廠成為獲利最豐厚的產業，以 1960-1991 的美國藥廠為例，其股票持有者的稅後淨利在所有企業中排名第一或第二(Scherer 1996)，這種高於

平均值的獲益是否具有正當性其實令人質疑(Maynard 1993)。雖然美國的前 20 大藥廠在 1997 年花費總營業額的 11-21% 在研發工作上，但是新藥開發加入世界市場的速度已經 1963 年的 100 種新藥，降為 1998 年的 37 種新藥(Centre for Medicines Research 1999)，而且研發工作的方向是否真正符合人類健康的需要也有人提出質疑(Mossialos & Mrazek 2002)，例如由 1976-1990 年，美國所核可的新藥中有關心血管藥品和抗傳染藥品就佔了 47% (Kaitin et al 1993)。

在由保險人付費的全民健保制度下，醫院、醫師、病患都沒有實質的動機來控制藥費或注意藥價的高低，藥費總額除了前述可以促成藥品更有效率的使用之外，更提供醫院與醫師足夠的誘因而來考慮藥價，這樣做顯然會嚴重衝擊藥廠與藥商的利潤，尤其是跨國藥廠的利潤。全世界的藥品製造事實上由少數跨國藥廠所主導，前 20 家最大規模的藥廠擁有全球 80% 的銷售量(WHO 1988)，而最大的藥品出口國為美國、德國與英國。實施藥費總額政策的反對力量，一般而言不會是來自健保局、被保險人、或醫療院所，而是來自企業利益可能受到嚴重衝擊的本國藥廠、跨國藥廠、藥商、以及代表上述機構的中央和地方民意代表。

工業化國家對藥費的控制，尤其是藥價基準的控制嚴格程度，取決於該國是否有重要的研發新藥並將藥品出口的製藥廠商。以美國、英國和德國三個主要藥品出口國為例，美國極少對本國藥廠進行藥價管制；英國則以藥廠由國民保健服務制度獲利的程度來加以管制；德國原本與美國一樣極少管制藥價，1999 年之後的種種措施逼迫藥廠代表與政府共同談判合理的藥品利潤，其精神類似英國的管制措施。對於這些主要藥品出口國的政府而言，基於健康政策管制藥費，相對會影響其出口量與就業率，不過台灣並沒有重要的負責研發新藥與出口的廠商，因此台灣政府所需要的，並非在目標衝突的情境下實施藥價管制的政治決心，而是處理特定政治代表人物遊說的政治技巧。

其他非主要藥品出口國的工業化國家，皆對藥品採取比較嚴格的管制措施，值得台灣參考。挪威將國內可以販賣的藥品種類限制在 1,000 種以內，新藥的批

准不但要證實其具有普遍性的醫學需要，同時要比市場中現有的藥品療效更佳才行(Lumbroso 1981, Kanji 1992)。相對於其他國家，瑞士的合法藥品有 36,000 種，英國和德國均有 15,000 種，藥品種類過多的結果，極可能反而影響而非幫助合理的醫師處方行為(Abel-Smith 1994)。這些藥品管制政策，解釋了表 4-3 與表 4-4 中，挪威的藥費佔總醫療費用和佔 GDP 比率均較低的事實。

瑞典則不僅管制藥價，同時也管制藥品在國境內的分配。義大利、西班牙、和葡萄牙均實施非常嚴格的藥價管制，而其管制依據則是儘量以接近製造成本的價格來作為藥價基準，例如葡萄牙便一向以五個歐洲國家中最低的藥價來作為定價標準(Abel-Smith 1992)。

第五章 評估結果與政策建議

本章分為三個小節。由於本報告各章中均提及支付基準的改革，與醫療費用控制和分級醫療制度的建立均有密切的關係，因此在第一節中整理有關支付基準的改革內容與比較。第二節則摘要本報告對總額操作如何促成分級醫療的內容，以方便讀者或政府單位可以在短時間之內獲取建議重點。第三節則依據第一章中所提及，各類總額調控措施對醫療資源配置所可能產生的影響預作評估，以為政府實施本計畫建議內容之前的評估參考。

第一節 支付單位改革

本研究的內容由於同時牽涉到支付基準(payment base)或支付單位(payment unit)的改革，例如第二章基層總額的改革牽涉到論人計酬(capitation)，第三章醫院總額的現況部分牽涉到醫院別總額預算(global budget)，醫院總額的未來部份牽涉到論病例別計酬(case-mix adjusted per admission)，第四章藥費總額則牽涉到部分項目別預算(line-item budget)，因此有必要在以上各章針對個別總額的改革進行討論之後，再由支付單位的角度進行綜合性的比較。

不過由於支付單位的改革與其他總額預算制度或體系設計之間，彼此互為配套措施，所以此處比較的重點並不在於對支付單位學理的探討，而在於其對台灣分級醫療的現況與未來的影響。

(一) 醫院預算(global budget)

台灣在後SARS重建方案階段所推動的單一醫院別總額預算支付基準(global budget)，針對個別醫院設定預算總額，但同時要求各醫院必須達到一定的服務量或品質指標才給予支付，否則仍會有適度的處罰措施。每一單位期間(例如一季)

所有服務量的支付皆列入此單一支付單位之中 (Ashby & Greene 1993)。在單一醫院總額的制度下，醫院在達成服務目標數的同時，也有足夠的誘因去控制醫院的花費。至於控制醫院花費的同時是否會引導醫院減少服務量，其關鍵在於總額支付制度的相關規定內容(Bishop & Wallack 1996)。

許多國家的醫院總額預算要求醫院以總住院人日作為服務目標的衡量依據，當醫院超出生產目標時就給予支付更多費用，但低於生產目標就給予處罰 (Fan et al 1998)，這樣規定的優點是醫院在控制醫療費用的同時仍舊有誘因提高其服務量，但缺點是單一疾病的住院日可能延長，例如德國實施此一制度的結果，就是擁有工業化國家之中最長的平均住院日(Roberts et al 2004)。如果住院人日的支付考量主要以平均成本為主，則延長平均住院日的結果可以使邊際成本低於平均成本，醫院當然有誘因這樣做，因此以邊際成本作為支付或處罰的標準將比較有效率。這樣的考量將促成以診斷關係群作為支付單位的考量。

另一種醫院預算要求以總醫療費用作為服務量的衡量標準，例如台灣所推動的醫院自主管理或卓越計畫，其更為複雜的細部誘因已於以上幾章中詳細描述，但總體而言其所提供的醫院誘因卻與前述截然不同。因為以總醫療費用作為標準，所以健保局必須要求參加自主管理的醫院達成某一服務量，此點與以總住院人日作為服務目標的策略與結果相同，但超出預期服務目標的部分卻必須由醫院自行吸收，此點雖然同樣使醫院控制其醫療費用，而且讓醫院沒有誘因去延長其平均住院日，但它也使醫院更嚴格限制其服務量，並進而可能影響部份病人就醫的權利。

另一方面，台灣健保局不得不如此做的原因，又來自於醫院提供大量門診服務的事實，如果只管制門診而不管制住院，則恐怕會有大量門診病人反而轉為住院。因此歸根究底，問題的根源仍舊來自基層醫療體系的充實，與提供足夠的誘因讓門診病患傾向至診所就醫。

因此單就醫院的角度來分析，合理的推論應該是如何同時提供醫院以下三種

誘因，第一是控制疾病治療過程的費用，第二是避免醫療費用上限的嚴格規定以免影響病患的就醫權利，第三是以邊際成本作為支付或處罰的依據以促使平均住院日縮短。診斷關係群支付單位的實施，搭配單一醫院總額預算但以診斷關係群權數為服務目標數，或完全不搭配單一醫院總額預算，似乎同時提供醫院上述三個誘因，將於下節中再行討論。

(二) 論病例別 (case-mix adjusted per admission)

論病例疾病種類和嚴重度支付費用，其中應用最廣的為診斷關係群(DRG)。此一支付單位的優點包括提供醫院縮短病人住院日數的誘因，並因而增加收取的住院病人數，鼓勵醫院以門診手術取代住院手術以降低服務成本等。數據顯示美國的老人健保(Medicare)和弱勢者健保(Medicaid)實施診斷關係群的結果，提供醫院明確的誘因降低成本(Shleifer 1985, Folland et al 2001)，醫院之間的價格競爭明顯開始啟動(Hodgkin & McGuire 1994)，1985 年至 1995 年之間住院人次減少 7.5%，平均住院日數也同時減少 8.5%，因此總住院人日減少 23.7%，但同時間的醫院門診人次增加 89.4% (AHA 1996-1997)。

門診人次增加的原因有四個，第一是保險人為了節省比較昂貴的住院費用而放寬門診給付範圍，第二是保險人透過審核機制規定醫院盡量以門診手術取代住院手術，第三是實施部分健康照護組織實施論人計酬強化盡量以門診取代住院的誘因，第四則為醫療科技的進步允許醫院將愈來愈多原本住院才能治療的病人轉到門診部門 (Feldstein 1999)。

以診斷關係群最為支付單位的缺點則包括鼓勵醫院選擇「比較有利潤」的病人，這些「比較有利潤」的病人包括雖然歸類為相同疾病別但相對而言比較健康的，以及支付金額高於服務成本的某些疾病類別。另一個擔心來自診斷關係群是否會降低醫療可近性或醫療品質，許多研究顯示並沒有直接的證據顯示診斷關係群的實施降低醫療品質(Feinglass & Holloway 1991)。

但是上述的情況會不會發生取決於其他配套性的規定。第一是診斷關係群要不要配合醫院自主管理的預算總額一併實施？單一醫院總額的規定愈嚴格，診斷關係群鼓勵醫院增加住院病人或縮短住院日數的誘因就愈低，因此有必要減少醫院總額的限制。但這樣做又牽涉到不需轉診即可逕赴醫院的病人，可能成為醫院以大量病例數申報費用的來源，因此這個問題的源頭仍舊在於基層醫療的守門員角色。

第二個問題來自全體醫院總額之中要不要規定門診與住診的花費比例？此一規定的比例愈嚴格，診斷關係群鼓勵醫院透過以門診手術來取代住院手術以降低成本的誘因便愈低。若再加上單一醫院總額預算的限制，則此一誘因將完全消失，因此有必要將此限制放寬，或透過不同策略在管制醫院門診的同時，避免影響到診斷關係群的效果。這些取代醫院總額門住診比例的策略至少有二，第一為落實基層的家庭醫師制度，第二則為推動總體的醫院藥費總額，台灣的門診藥費約佔門診總醫療支出的 30% (表 4-6)，住院藥費總額與佔率約為門診藥費的 25%，藥費佔住院支出的比率約為 17% (表 4-9)，顯示藥費的總額受到門診量的影響較大，受手術及住院人日的影響較小。

第三個值得討論議題為診斷關係群對醫療費用在不同層級醫院間的重分配效果。理論上單一診斷關係群的支付金額如果不分醫院大小取平均值支付，應該傾向於有利平均成本較低的中小型醫院，除非某些具有極高經濟規模的處置項目，或是困難度極高原本就只有少數醫學中心能夠執行的處置項目。這樣的措施與台灣實施醫院總額門住診比例限制的現況，其對醫療費用在不同層級醫院間的重分配效果正好相反。但達成這個效果的誘因一方面固然可以來自大型醫院因為不敷成本而傾向避免進行輕症醫療程序，但由於醫院不方便拒絕病人，或反而將輕症病患再轉診至小醫院，所以另一部分的誘因必須來自家庭醫師基金的設計，盡量將經常發生但必須轉診的輕症醫療費用，轉由家庭醫師論人計酬的基金中支付，提供消費者代理人明確的誘因將輕症病患轉診至平均成本較低，但又不至於

影響醫療品質的中小型醫院。因此這個議題的關鍵，仍有一部分取決於基層醫療家庭醫師制度的改革。

(三) 論人計酬 (capitation)

論人計酬最常見的形式，是依據某一段時間內登記開業醫師的人頭數支付固定醫療費用預算，但計算的基準可以依據病患性別、年齡、健康狀態等因素加以調整。論人計酬的支付單位可以用來支付基層門診服務、專科門診服務、甚至是住院服務，三者的搭配取決於制度的設計內容。例如哥倫比亞的健保制度給予基層醫師論人計酬費用來提供基層醫療，成為最單純的典型設計。泰國的健保則給予醫院論人計酬費用來提供基層門診服務、專科門診服務、和住院服務，醫院再與診所訂定合約，由醫院支付診所論人計酬費用來提供基層醫療 (Roberts et al 2004)。英國的國民保健服務則給予開業醫師論人計酬費用來提供基層門診服務、專科門診服務、和部分住院服務，再由開業醫師尋求合作醫院轉診病人，診所與醫院之間的轉診合約內容則交由市場機制來決定，這種由基層醫師代理病人購買醫院服務的觀念與泰國的制度設計正好相反 (Department of Health 1989, Glannerster et al 1994, Robinson & Le Grand 1993)。

論人計酬將絕大部分的財務風險都轉移給醫療供給者，但風險的大小與形式則取決於合約內容。在上述哥倫比亞的例子中，開業醫師會有足夠的動機去控制基層醫療的費用。但在泰國與英國的例子中，則皆同時提供強烈的誘因而抑制包括基層門診服務、專科門診服務、和住院服務的醫療費用，只是泰國的誘因來自醫院系統，而英國的誘因來自開業醫師。

此外論人計酬制度的影響也取決於設計內容。例如挪威的國民保健服務制度原本以論量計酬來支付私人開業醫師，其曾試辦開業醫師的論人計酬制度，但支付範圍只包括基層醫療的費用，其結果是開業醫師轉診病人至專科醫療的比率增加 42% (Iversen et al. 2000)。挪威的開業醫師顯然透過增加轉診為手段，一方面

降低所登記病人的平均門診人次，另一方面同時更有能力來增加所登記的人頭數量，而這兩者都可以增加自己的收入。阿根廷的社會保險制度則逐漸捨棄由政府或保險人直接提供醫療服務的方式，轉而以論人計酬的方式來購買醫療服務，結果發現住院率由 2.83% (1997)降為 2.60% (1998) (Bitran 2001)。

論人計酬支付單位的主要問題，來自醫療提供者傾向於選擇比較健康或比較不複雜的病人，也就是透過危機選擇 (risk selection) 來降低自己暴露的財務風險 (Frank et al. 1998)。針對美國管理式照護的研究顯示，論人計酬制度可以鼓勵醫療提供者以更有效率的方式運用資源，但也鼓勵他們進行危機選擇 (Newhouse 1996)。英國的分析也顯示危機選擇可能可以為開業醫師帶來明顯的利益，因此有必要特別針對慢性病患進行危機調整 (Glennister et al 1994)。

(四) 醫院項目別預算 (line-item budget)

醫院內部是否實施項目別預算牽涉到兩個因素，第一個因素是台灣要不要實施藥費總額，第二個因素是要不要實施單一醫院的總額，這兩個因素的交叉列聯表可以有四種組合。第一種是單一醫院和藥費項目均沒有總額，第二種是只有單一醫院的總額，第三種是只有藥費總額，第四種是單一醫院之中再執行藥費項目預算，醫院項目別預算指的是第四種組合。

此一支付單位會鼓勵醫院管理者在事前高估所需的項目別預算，並在事後將所有預算使用完畢。而且除非單一醫院總額所要求的服務量較高，否則醫院比較沒有誘因要增加服務量的提供。在單一處置流程中的技術效率 (technical efficiency) 也不佳，尤其當項目之間經費流動的限制愈嚴格時愈是如此。

針對東歐國家的研究顯示 (Langebrunner & Wiley 1999)，醫院項目別預算制度出現以下的現象，因此東歐國家目前已經不再實施此一支付單位。這些現象包括醫療設施管理者的成本意識與創新意願薄弱，醫療設施傾向低度的服務提供，忽視病患的健康與滿意程度，而且完全沒有誘因嘗試降低固定成本 (例如人員與

設施)的水準。

基於這樣的考量，本研究所建議的藥費總額，指的是所有醫院系統的藥費總額，而非單一醫院總額之內的藥品分項預算。表 5-1 摘要上述支付單位的財務危機承擔者，及其可能的行為誘因。

表 5-1 不同支付單位的財務危機與誘因

支付單位	承擔財務危機		醫療供給者誘因			
	醫療 付費者	醫療 提供者	增加 病人數量	減少每支 付單位之 服務量	增加報告 之疾病嚴 重度	選擇比較 健康之病 人
論量計酬	全部	沒有	有	無	有	無
論病例別	病例數 嚴重度	單一疾病 成本	有	有	有	有
論人計酬	停損點 以上	停損點 以下	有	有	--	有
醫院項目	沒有	全部	無	--	--	有
醫院預算	沒有	全部	無	--	--	有

資料來源：修改自 Hsiao et al. (1999), Roberts et al (2004)

第二節 對台灣當前總額政策的建議

本研究報告雖然花了相當的篇幅分別探討基層總額(第二章)、醫院總額(第三章)、與藥費總額(第四章)的相關議題，但其概念架構仍然來自第一章中的簡單陳述(圖 1-1)，讀者可以在這個概念架構下，閱讀本節內容所作的政策建議摘要。

(一) 透過總額分配建立家庭醫師制度

1. 以基層醫療守門員作為控制專科醫療費用的長期策略：由於醫療費用上漲的同時通常也一併伴隨健保保費調整的困難，另一方面國家總額搭配論量計酬的結果，造成點數持續增加點值下滑的結果。本研究建議以家庭醫師制度中的專科醫療守門員功能，來增加基層醫療服務，並降低專科服務中的手術率和住院率，

並以此作為控制醫療費用的長期策略。

2.以論人計酬的醫療群組織體系作為控制門診醫療費用的長期策略：台灣門診費用佔總醫療費用的比率在 1997 至 2003 年穩定維持在 66-68%，門診醫療費用總點數上漲的年成長率為 6.2%，這其中有 1.2% 來自門診件數或所謂「數量」的增加，但有 5.0% 來自每件申請費用或所謂「單價」的增加。論人計酬由於可以提供充分的誘因而降低門診的單價，因此對社會總醫療門診成本的控制將具有實質上的作用。另一方面，以論人計酬作為支付基準，社會總醫療點數就等於全國總人口數，總額預算下浮動點值的概念在門診費用的部分將不再適用，但政策制定時將回歸每人合理醫療門診費用應該如何設定的討論。

3.建立由基層醫療主導的分級醫療制度但策略上不排除由醫院主導：本研究提出四階段七步驟的基層醫療改革計畫案，以建立由基層醫療主導的分級醫療制度，其中第一階段為建立基層醫師基金(包括民眾登記家庭醫師、組織開業醫師聯盟、實施論人計酬支付單位三個步驟)。第二階段為將部份住院及手術醫療費用，轉入基層醫療論人計酬的財務機轉，再由基層醫師付費給醫院服務的專科醫療，以落實轉診制度。第三階段為落實分級醫療階段(包括限制民眾逕赴醫院就醫，及限制民眾在同一聯盟內看診兩個步驟)。第四階段則在上述基礎之上落實基層醫療保健的精神，以社區為據點整合醫療領域中不同專業領域的服務，例如精神醫療、長期照護、與部分社會工作等等。此一策略可以不必硬性排除由醫院來主導的考量則有三個。第一是醫院代表往往在醫療政策的制定上較具影響力，第二是以醫院為主導的轉診制度並不妨礙分級醫療政策目標的完成，第三是長期效應下民眾的選擇會傾向於那一種有待觀察。

4.以民眾登記家庭醫師的財務誘因而作為改革的起始點：當政策規劃釋出每次至家庭醫師處就診減免 50 元部份負擔的財務誘因而時，將讓全國的民眾全部成為潛在的家庭醫師登記者，這正是鼓勵基層醫師自動自發組織醫療群的最強烈誘因。當基層醫師透過論人計酬掌握部份轉診醫療費用時，進一步提供充分的誘因

讓醫院積極競爭診所的轉診合約，而競爭的手段無非就是提高品質與降低價格。由總額中補助部份負擔可能每年增加 58-115 億元的總額醫療費用，在政治技巧上可以考慮在擴大費基或調整費率的同時，以補助家庭醫師基層門診的部分負擔作為交易，並以此作為對民眾宣示進行制度改革的政治承諾。唯一的顧慮是補貼部分負擔會不會反而鼓勵民眾多看基層門診，但實證研究顯示補貼門診部分負擔對於增加總體門診次數的效果極微小，但後續可能實施的論人計酬與專科醫療守門員措施，都可以有效抑制總體醫療成本。

5.以醫院、基層、及藥費總額之額度轉移作為長期調整策略：補貼基層家庭醫師門診，卻不補貼醫院門診，也不補貼基層非家庭醫師門診，其所造成的就醫場所間的轉移效果可能是非常大的。總額機制有必要基於人民對上述誘因所作的選擇行為，將部份的醫院總額轉為基層總額使用，其轉移的基礎可以由費用協定委員會與醫療提供者共同協商，或進行部份的檔案分析。醫師診察費的轉移比較可以由門診人次簡單計算就獲得答案，但藥費的轉移就不一定是線性的轉移，當醫院總額將慢性病人的門診費用大量轉移至基層總額時，基層總額的慢性病患藥費預期會有大量的增加，但同時費用協定委員會也有充分的理由，要求基層總額減少傷風感冒等基於醫學理由原本可以不必服藥的藥費總額。

6.危機調整機制與選擇家庭醫師的自由度為制度成功的關鍵性設計：以論人計酬支付基準所建立的多元保險人制度，可能衍生的最大弱點就是承擔財務風險的保險人可能歧視醫療費用較高的病人。制度設計上應該事前盡量避免或減少這個主要弱點的影響，避免的方式在供給面設計的部分是危機調整論人計酬的公式，在需求面設計的部分是選擇家庭醫師的自由度保障。危機調整論人計酬的公式計算不可能完全精確，因此危機調整公式可以減少，但無法消除部份病患可能被歧視的現象，因此部分不列入公式計算的除外規定、個別醫療群的停損點設計、或醫療群最低人數的規定，均應該列入公式設計的一部分作整體考量。另一方面，為了維持人民選擇家庭醫師的自由，與維持基層醫師在獲得契約之後的競

爭情境，制度設計應該賦予人民隨時自由選擇家庭醫師的權利，這樣的選擇也是人民運用理性可以有能力處理的選擇，而不是在制度上限制人民必須登記期滿一段時間之後，才能再進行下一次登記。規定上人民雖然隨時可以更換家庭醫師，但實證上更換的情形未必經常發生，而且絕大多數不想更換家庭醫師的人民，也不必在固定時間強迫重新登記一次，因此反而節省行政成本。

(二) 透過同病同酬的論病例支付基準促成醫院服務的分級

1.以論病例計酬作為控制住院醫療費用的長期策略：台灣的每千人口病床數仍低於大多數的工業化國家，因此台灣因為病床供給所可能引發的住院醫療費用上漲，仍然在可以有效控制的範圍，但台灣的每千人口病床數仍然高於西班牙、葡萄牙、美國、加拿大、瑞典、英國、義大利等工業化國家，而與韓國大約相當，加上台灣的長期照護慢性病床可能尚未完全發展，因此台灣的合理病床數有提早規劃因應的必要。此外幾乎所有工業化國家的每千人口病床數持續在減少之中，只有韓國、土耳其、和台灣例外。台灣如果想要進行長期的醫療費用控制措施，應該是開始考慮對病床數的增加速度進行比較嚴格的控制策略，但也同時必須提升醫院的生產效率以避免過長的等候時間。

1997 至 2003 年台灣住院費用佔總醫療費用的比率在這七年之間穩定維持在 31-34%，住院醫療費用總點數上漲的年成長率為 7.2%，其中有 2.4% 來自住院件數或所謂「數量」的增加，但有 4.8% 來自每件申請費用或所謂「單價」的增加。進一步分析每件費用或每件單價上升造成的原因，平均住院日數的年成長率為 1.6%，每日費用的年成長率為 3.1%，因此也進一步驗證住院費用的增加主要來自每日費用與每件費用的單價增加。在此數據的前提下，論病例計酬由於可以提供充分的誘因而降低住院的單價，因此只要針對支付率標準作設計適當，對社會總醫療住院成本的控制將具有實質上的作用。

2.以同病同酬落實專科醫療業務的分級制度：醫療院所的支付標準或支付率

的設定，往往依據個別醫療院所的個別成本來計算，這種以投入作為基準，而不是以產出作為基準的支付基準其實沒有生產效率。假如廠商所收到的支付金額等同於其製造成本的話，則追求利潤極大化的廠商根本不需要進行任何有關於投入或產出的決策，廠商因此不需要，也不會有降低生產成本的動機。改善這種沒有生產效率的方法，或提供廠商誘因而來降低成本的方法，其實只要定訂單一的支付標準或收費標準就已經足夠達成提升生產效率的目的，唯一的條件就是支付標準的訂定只能與產出有關而與投入無關。因此同病同酬的支付標準才是促成醫療生產效率的有效誘因，但與論量計酬或其他支付基準相比較，論病例別計酬的支付單位顯然比較容易落實同病同酬的精神。

除此之外，同病同酬的論病例別支付基準也是促成專科醫療本身再進行分級的有效誘因。在論量計酬的支付基準下，醫院並無明顯的誘因降低成本，但在論病例計酬的固定支付金額下，醫院開始進行成本控管與價格競爭，此時醫院的規模經濟一般而言大約維持在 200-300 床之間便能夠獲得最低的平均成本曲線。部分屬於這個層級或規模的醫院有能力進行的醫療措施，保險人就沒有理由以更高的價格向其他層級或規模的醫院購買相同的服務。當保險人以中等規模或層級的醫院成本來訂定支付率時，更大規模的醫院或醫學中心也同時失去提供這類服務的誘因。在此同時，保險人可以將只有更大規模的醫院或醫學中心才有能力提供的服務類別，依據更大規模的醫院或醫學中心的成本來作為支付率的計算依據。這樣一來屬於專科醫療的分級制度便已經成形，中小型規模醫院的競爭優勢也同時獲得制度性的保障。

3.維持醫院門診與住院同一總額並取消門住診費用比率限制：同病同酬的論病例別支付基準雖然是屬於住院服務的支付制度設計，但在實務運用上可以允許甚至鼓勵醫院將病患轉為門診治療，第一個原因是基於醫療技術的進步，第二個原因則是進一步降低醫療成本。在總體醫療費用的成效方面，統計數字顯示診斷關聯群雖然使住院費用減少，但其部分原因為醫院將部份住院服務轉為門診

服務，因此導致門診費用增加。重點是醫院所增加的門診服務並不是來自原本屬於基層醫療的就醫患者，而是屬於論量計酬之下原本會接受住院醫療的患者。這種住院服務與門診服務，尤其是住院手術與門診手術之間的轉移，其主要目的雖然使醫院節省醫療費用，但這種住院與門診服務之間的轉移對於醫院總額的設計上隱含兩個總額政策上的重點。

第一個重點是短期之內醫院門診總額與基層總額不適於合併，仍然應該維持醫院門診與住院在同一醫院總額底下，以免醫院住院服務與醫院門診服務之間轉移的結果，醫院透過服務轉移所節省的成本造成基層診所的點數負擔。第二個重點是在醫院總額底下推動醫院門住診比例限制的原意，在於希望醫院減少門診但增加住院服務，但是這個誘因的方向正好與論病例別計酬的誘因相反，為了避免造成醫院管理上的無所適從，全面推動論病例別計酬的階段，也正好是取消醫院門住診比例限制的時機。吸引病患至基層診所就醫的誘因，則轉由家庭醫師制度所取代。

(三) 透過藥費總額規劃促成部分門診業務回歸基層診所

1. 藥費總額對藥費控制及用藥效率具有實質影響：台灣的藥費總額佔 GDP 約 1%，但台灣的藥費支出約佔總醫療費用的 26%，後者顯然高於所有的 OECD 國家，實施藥費總額對台灣而言，似乎是有效的醫療費用控制工具之一。藥費總額政策可以提升用藥效率，例如將處方藥價格維持在最低範圍內，對不重要的藥負面表列，列舉某些藥物必須先行實施非藥物治療，避免開立既未被證明為有效也未被證明為無效的爭議性藥品，避免開立治療效用附加價值尚未確定但價格昂貴的新藥，某些治療效果有爭議或效果較小但價格較貴的藥品必須事前核准，實施其他措施以保證處方內容均具有醫學上的必要性。論人計酬的開業醫師基金如果搭配藥費總額回饋的設計，將促使開業醫師認真監控病人使用學名藥的情況並盡量擴大其佔有率，也嚴密監控重複或日期重疊的處方，並透過檔案分析資料尋

求專家進一步的改善建議。

2.醫院總額與基層總額均分別實施藥費總額：為促成分級醫療，可以在維持醫院總額與基層總額的架構下分別設定藥費總額，其主要的考量為可以清楚界定兩個總額之間藥費的流動現象。例如如果慢性病患在病情穩定下可以交由基層醫師持續照顧，而且藥費也是慢性病患的主要支出項目，則保險人可以依據政策預期目標，透過總額協商機制，決定藥費總額在醫院與基層兩個總額之間的預期流動。總額協商機制也可以同時要求基層總額減少部分藥品的支出，例如一般感冒用藥就包括在應該由藥品總額中逐漸刪除的項目之中。本項建議促成分級醫療的主要誘因來自醫院總額底下所設定的藥費總額，由於門診藥費佔門診總醫療費用的比率均遠遠高出住院藥費佔住院總醫療費用的比率，各級醫院嘗試減少藥費佔率的最好方法，就是轉診慢性病患及其他病情穩定的病患，達成分級醫療的目的。

3.以醫院藥費總額取代醫院自主管理：為什麼不直接透過醫院總額的操作，將應該由醫院釋出的醫療費用由醫院總額中扣除即可，而卻要透過藥費總額設定的機制來完成呢？第一個原因是這樣做可以提供比較明確的誘因與目標，第二個原因則為藥費本來就是醫院比較容易有效操作的費用項目。就第一個原因而言，中央健保局實施醫院自主管理，並且對門住診比例加以設限的主要目的，本意在於希望醫院將部份門診病患轉由基層照顧。可惜醫院仍舊有其他策略，在符合上述規定的前提下照常追求營利目標，或是為了符合規定卻犧牲病患就醫權利。相反的，藥費總額提供的誘因比較明確，例如將門診病人轉由住院照顧並無法降低藥費，轉由其他醫院照顧也無法降低總額之內的藥費，醫院門診未必需要限制掛號也能夠控制藥費等等。就第二點原因而言，數據顯示參加卓越計畫的醫院，其藥費成長均低於未參加卓越計畫的醫院。可見藥費控制原本就是醫院控制成本與提升效率的重點項目，也是醫院比較能夠有效操作的項目之一。既然如此，以醫院藥費總額來取代醫院自主管理的相關策略，是很合理的替代方案。

4.以基層藥費總額搭配論人計酬：英國的經驗顯示以論人計酬作為支付基準

的家庭醫師基金持有者有較高的誘因去控制藥費，而且此一控制仍舊維持在理性管理的範圍之內，並未影響新藥或昂貴治療的使用，因此不會嚴重損害病人健康。因此雖然只要在醫院總額與基層總額的架構下分別設定藥費總額，即可實質性的促成分級醫療，但搭配論人計酬的家庭醫師制度，更能夠進一步促成基層藥費的有效控制，以及用藥效率的提升。

5.針對資源配給的可能不良影響和藥費超支預作規劃：1999年夏天德國疾病基金醫師全聯會所提出緊急計畫中的五個行動方案，就是台灣實施藥費總額時應該嚴格避免其發生的內容，包括：(1)除了解救生命和醫學上必要的情況之外，將處方藥品一律列入等候名單之中；(2)凍結新藥上市直到撐過預算年度為止；(3)強烈的用較便宜的學名藥來取代品牌藥；(4)使用昂貴藥物必須事前核准；(5)由醫師暫時開立緊急處方要求病患自費購買，再由病患依單據向保險人申請核退。這些強烈的醫療配給制度會帶來四種負面的現象，分別為實體資源不足、等候時間延長、對病患最佳的治療會被比較便宜的治療所取代、以病患健康需要無關的標準來歧視部份病人等，應予嚴格避免。

在實務上也有必要預先規劃當藥費總額超過當期額度時的因應方式，這些方式至少包括四種。第一種方式是採取嚴格的支出上限制度，藥費超額部分一律由其他總額項目中扣除來補貼藥費，以維持藥費每點一元的支付率；第二種方式也是採取嚴格的支出上限制度，但是仿照其他總額計算方式讓藥品支付點值浮動，但是此舉必須搭配如何保障社區藥局支付率的配套措施；第三種方式是可以有固定調整限度的支出目標制度，亦即部分藥費超額由健保基金負責，部分由執行總額預算的醫療院所共同負責，醫療院所負責的部分則參考第一和第二種策略內容；第四種方式是利用藥費超額時機回顧並檢討藥價基準，再討論要以回顧方式或前瞻方式重新計算藥品支付率，不足部分可由醫療院所或保險人與各藥廠事先約定處理方式。

6.預先考慮藥品價格競爭所引發的政治效應：保險人與醫院有空間與藥廠或

藥商談判藥價，其原因主要來自於所有藥廠的競爭重點均來自研發新藥取得專利，這個新藥的市場價格不是取決於成本，而是取決於市場可以忍受的程度。因此同一藥廠所製造的同一藥品，在不同國家的售價可能差距達 11 倍之多，而且通常是開發中國家所付的價格最高，這些機制促使藥廠成為獲利最豐厚的產業。實施藥費總額除了前述可以促成藥品更有效率的使用之外，更提供醫院與醫師足夠的誘因來考慮藥價，這樣做顯然會嚴重衝擊藥廠與藥商的利潤，尤其是跨國藥廠的利潤。實施藥費總額政策的反對力量，一般而言不會是來自健保局、被保險人、或醫療院所，而是來自企業利益可能受到嚴重衝擊的本國藥廠、跨國藥廠、藥商、以及代表上述機構的中央和地方民意代表。不過台灣並沒有重要的負責研發新藥與出口的廠商，因此台灣政府所需要的，並非在目標衝突的情境下實施藥價管制的政治決心，而是處理特定政治代表人物遊說的政治技巧。

第三節 各類調控對資源配置的可能影響

本節將針對本研究報告所提出來的三個方案，依據表 5-2 中所列的對資源配置的可能影響逐一作評估。這三個方案可以分別簡稱為論人計酬的家庭醫師基金制度、同病同酬的論病例計酬支付基準、以及在現有醫院與門診總額之下分別設定藥費總額。表 5-2 所列評估標準的詳細定義則已經在第一章第二小節中加以說明。

本研究在報告最後進行這樣的評估，主要原因在於這三個方案主要是基於推動分級醫療制度所提出的，但是推動分級醫療制度由學術研究的角度而言其實就是醫療資源配給(rationing)方式的改變，因此自然可能引發資源配給過程負面的影響，政府部門有必要謹慎因應或預作規劃。其次，政府部門在過去也曾經推動其他政策希望達成分級醫療的目標，其成效如何讀者與相關部門也可以依據表中的標準自行評估，並與本研究所提的方案進行比較，而且政府部門或相關研究人

員未來可能提出的方案也都適用此一評估架構。

表 5-2 評估不同改革方案對資源配置的影響

策略或結果	家庭醫師制度	同病同酬支付	藥費總額制度
醫療費用控制策略			
(1)價格控制	++++	+++++	+
(2)用藥與科技應用臨床指引	-	++	+++++
(3)用藥型態監控	+	+++	+++++
(4)以醫師作為守門員	+++++	-	-
(5)依醫學標準訂定給付範圍	-	-	++
(6)病患部分負擔	-	-	-
(7)避免浪費	+++	+++	+++
(8)刪除過剩資源	-	++	-
灰色地帶策略			
(1)由非醫療人員事先核准	-	-	-
(2)由支付範圍中排除	-	-	++
(3)費用限制總量或給付上限	+++	-	+++
(4)醫療品質不良	+	+	+
(5)民眾抱怨程度	+	++	++
(6)缺乏競爭	-	-	-
(7)看不見的配給	++	+++	++
醫療資源嚴格配給策略			
(1)實體資源缺乏	-	-	+
(2)等候時間	++	-	+
(3)病患無法獲得有效的治療	-	-	+
(4)與需要無關歧視部分病人	++	++	+

+ 表示會影響此一項目，影響程度與符號數目成正比例

- 表示與此項目無關

(一) 論人計酬的家庭醫師基金制度

對於第一大類醫療費用控制策略而言，論人計酬家庭醫師基金制度的第一個主要精神，就在於透過論人計酬支付基準，讓降低成本的誘因回歸基層醫師，因此門診服務的價格控制預期將會相當有成效。第二個主要精神則是以醫師作為專

科醫療的守門員，進一步控制住院服務的價格與品質，從而達成避免醫療資源浪費的目標。家庭醫師制度因此在價格控制、以醫師作為守門員、和避免浪費這三項評估上的效果會特別明顯，其中並可能伴隨一小部分的用藥型態監控。

但是對於第一大類醫療費用控制略的其他評估標準而言，家庭醫師制度與用藥與科技應用臨床指引、依醫學標準訂定給付範圍、病患部分負擔、刪除過剩資源等評估項目則比較沒有直接的關係。

對於第二大類灰色地帶策略和第三大類嚴格配給策略而言，論人計酬家庭醫師基金制度的主要手段之一就是限制給付總量，而其灰色地帶的多寡則視一但超出上限時的處罰程度而定，處罰過重則容易引發醫師作出不恰當的醫學判斷。至於其表現的形式，包括以非醫學的理由改變治療內容，並因此可能影響一部分的醫療品質與增加民眾抱怨，其他策略則為減少處方數量，創造等候時間，並大量運用配給策略。另一個與多元保險人相互伴隨的缺點則是與醫學上的需要無關的理由歧視部分病人，例如歧視耗費醫療費用比較多的病人等等。

這些可能性的降低必須來自四方面，第一是對醫師的處罰設計不要過於嚴格，包括以危機調整論人計酬公式降低基層醫師的財務風險；第二是保留民眾選擇家庭醫師在時間上和人選上充分的自由；第三是透過基層醫療群的內部自我管理；第四才是依賴政府部門的監控。

對於第二大類灰色地帶策略和第三大類嚴格配給策略而言，論人計酬家庭醫師基金制度與其他策略項目則沒有直接的關聯，這些配給策略包括由非醫療人員事先核准、由支付範圍中排除、缺乏競爭、實體資源缺乏、病患無法獲得有效的治療等等。

(二) 同病同酬的論病例計酬支付基準

對於第一大類醫療費用控制策略而言，同病同酬論病例計酬支付基準的主要精神，幾乎完全來自於單一疾病病例的價格控制，因此理應在價格控制的策略項

目效果最強烈。價格控制的結果容易引發避免浪費的誘因，而其中一個比較容易操作的項目就是短期內可以立即實施的用藥型態監控，其次才是需要比較長時間才能完成的用藥與科技應用的臨床指引。而另一個可能的總體長期影響，就是假如台灣已經有總體病床過剩的問題時，或已經有特定類別病床過剩的問題時，同病同酬論病例計酬的支付基準可以幫助將以經過剩的資源刪除，並將資源轉移到可能仍舊不足的醫院服務項目或病床上。

但是對於第一大類醫療費用控制略的其他評估標準而言，同病同酬論病例計酬的支付基準與以醫師作為守門員、依醫學標準訂定給付範圍、病患部分負擔等評估項目則比較沒有直接的關係。

對於第二大類灰色地帶策略和第三大類嚴格配給策略而言，同病同酬論病例計酬的支付基準最可能引發的，應該是醫院以各式各樣醫學上的理由來進行看不見的配給，其主要目的在控制成本，因此民眾的抱怨也應該是第一個可能面臨的問題。雖然民眾抱怨的理由主要會以品質不良的型態出現，但由於實證上一直缺乏直接的證據支持服務品質或醫療品質會有所減損，因此學理上醫療品質理應列為比較次要的受影響項目。另一個比較嚴重的問題則在於醫院可能以非醫學需要的理由歧視部分可能「不符成本」的病人，應在制定支付標準時即注意疾病嚴重度的分類，或透過行政管道予以嚴格監控。

對於第二大類灰色地帶策略和第三大類嚴格配給策略而言，同病同酬論病例計酬的支付基準與其他策略項目則沒有直接的關聯，這些配給策略包括由非醫療人員事先核准、由支付範圍中排除、費用限制總量或給付上限、缺乏競爭、實體資源缺乏、等候時間、病患無法獲得有效的治療等等。

(三) 在現有醫院與門診總額之下分別設定藥費總額

對於第一大類醫療費用控制策略而言，在現有醫院與門診總額之下分別設定藥費總額，主要對象當然在於藥費的控制，因此直接的反應就是強烈促成用藥臨

床指引與用藥型態監控，這些行為理所當然會造就避免浪費的效果。但當臨床指引的訂定間接促成某些藥品退出或加入健保藥品清單時，依據醫學標準訂定給付範圍的效果就已經產生。而另一個間接的效果則應該是單一疾病治療時的價格控制，雖然藥費總額的原始策略與價格並無直接關聯。

但是對於第一大類醫療費用控制略的其他評估標準而言，在現有醫院與門診總額之下分別設定藥費總額與以醫師作為守門員、病患部分負擔、刪除過剩資源等評估項目則比較沒有直接的關係。

對於第二大類灰色地帶策略和第三大類嚴格配給策略而言，藥費總額的主要手段之一就是限制給付總量，此舉的直接影響理所當然就是將部份可能仍舊有效但卻過於昂貴的藥品由支付範圍中排除，亦即列為健保不給付項目，並透過各式各樣看不見的配給措施控制藥費，因而引發民眾的抱怨，並可能影響一小部分的醫療品質。

不過最直得政府部門注意的是發生嚴格配給策略的可能性不是沒有，有賴政府事前預防其發生，包括藥物等實體資源可能缺乏，部分用藥從未在台灣發生的等候時間可能出現，而且不論是基於沒有藥品或必須等後，皆代表病患無法獲得有效的治療，而其理由可能與醫學上的需要無關，而是基於藥費總額控制的考量。

對於第二大類灰色地帶策略和第三大類嚴格配給策略而言，在現有醫院與門診總額之下分別設定藥費總額與其他策略項目則沒有直接的關聯，這些配給策略包括由非醫療人員事先核准、缺乏競爭兩項。

參考資料

- 中央健康保險局.(2004) 全民健康保險住院診斷關聯群群支付方案規劃報告.
- 王乃弘.(1999) 民眾就醫選擇之研究—分析層級程序法之應用, *中華公共衛生雜誌*18(2): 138-151.
- 王俊文, 葉德豐, 陳俊郎.(1999) 健保新時代醫療產業之生態與因應, *醫院*32(2): 17-31.
- 江君毅.(2002) 大醫院或小診所? 影響民眾選擇就醫層級因素之研究, 國立台北大學經濟學系碩士論文.
- 李卓倫, 吳凱勳.(1990) 公勞保診療費用支付制度沿革與醫療費用支出之關係. *公共衛生* 17(2): 121- 135.
- 李卓倫, 紀駿輝, 周麗芳.(2001) 健康照護制度改革的理論基礎. 總額支付制度總額設定公式之研究, 第二章. 台北: 全民健康保險醫療費用協定委員會.
- 李卓倫, 張世杰, 林霖, 林妍如.(2002) 全民健保基層醫療制度改革: 管理式醫療的經驗學習, 行政院二代健保規劃議題報告. 台北: 台灣公共衛生學會.
- 林妍如.(2004) 台灣版整合性照護健康照護系統之研究: 從台灣醫院組織型態分析之, 國家科學委員會專題研究計畫, 2003-2005.
- 林妍如, 萬德和.(2003) 健康照護組織之價值創造: 整合性照護之基本概念與設計入門, 雙葉書廊.
- 紀駿輝, 李卓倫, 周穎政, 蔡淑鈴, 林霖.(2004) 總額預算支付制度下民眾自付醫療費用的評估. 中央健康保險局.
- 陳金淵, 林妍如.(2002) 醫療財務管理, 雙葉書廊.
- 劉彰卿, 吳佩璟.(2001) 全民健保下病患在各醫療層級間的就醫選擇—台北市小兒科病患為例, *醫務管理雜誌* 2(2): 87-101.
- 張錦文, 黃珣雅.(1998) 臺灣醫療制度的四大問題與解決之道, *醫院*31(2): 1-4.
- 張煥禎, 張威國.(1995) 臺灣小型地區醫院的過去、現在與未來(上), *醫院*28(4): 30-34.
- 賴揚仁.(1995) 全民健保對中小醫院經營之影響--醫療產業揮不去的夢魘, *醫院*28(2): 48-51.
- Abel-Smith B. : *Cost Containment and New Priorities in Health Care*. Aldershot: Avebury. 1992
- Abel-Smith B. : *An Introduction to Health Policy, Planning and Financing*. Essex: Longman Group Limited. 1994
- AHA. : *Hospital Statistics*. Chicago: American Hospital Association. 1996-1997
- Allen RE. ed. : *The Concise Oxford Dictionary of Current English*. 8th ed. Oxford: Oxford University Press. 1980
- Anell A. : Implementing planned markets in health services: the Swedish case. In Saltman

- RB, von Otter C. eds. *Implementing Planned Markets in Healthcare*. Buckingham: Open University Press. 1995
- Ärzte-Zeitung. : *Europäische Gesundheitssysteme und Pharma-Märkte. Ärzte-Zeitung Verlagsges. mbH, Neu Isenburg*. 1998
- Ashby JL, Greene TF. : Implication of a global budget for facility-based health spending. *Inquiry* 30: 362-371. 1993
- Bishop CE, Wallac SS. : National health expenditure limits: the case for a global budget process. *Milbank Quarterly* 1996 ; 74 : 361-376.
- Bitran R. : *Paying Health Providers through Capitation in Argentina, Nicaragua, and Thailand: Output, Spending, Organizational Impact, and Market Structure*. Technical Paper #1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates. 2001
- Boerma WGW, Fleming DM. : *The Role of General Practice in Primary Health Care*. London: The Stationery Office. 1998
- Boerma WGW, De Jong FAJM, Mulder PH. : *Health Care and General Practitioners in Europe*. Utrecht: NIVEL. 1993
- Boerma WGW, van der Zee J, Fleming DM. : Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice* 1997 ; 47: 481-486.
- Bradlow J, Coulter A. : Effect of NHS reforms on general practitioners' referral patterns. *British Medical Journal* 1993 ; 306L:33-437
- Burr AJ, Walker R, Stent SJ. : Impact of fundholding on general practice prescribing patterns. *Pharmaceutical Journal* 1992 ; 24, October.
- Busse R, Howorth C. : Cost containment in Germany: twenty years experience. In: Mossialos E, Le Grand J. (eds.) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.1999 ; pp. 303-335.
- Busse R. : *Health Care System in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 2000
- Busse R, van der Grinten T, Svensson P. : Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. In Saltman RB, Busse R, Mossialos E. eds. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press. 2002
- Centre for Medicines Research. : *The Pharmaceutical R&D Compendium: CMR International/Scrip's Complete Guide to Trends in R&D*. 1999 ; Vol. 1. London: CMR International and PJB Publications.
- Conrad DA, Mick SC, Madden CW, Hoare G. : Vertical structures and control in health care markets: a conceptual framework and review. *Medical Care Review* 1988 ; 45(1): 49-100.
- Department of Health. : *Working for Patients*. London: HMSO. 1989
- DesHarnais SI, Wroblewski R, Schumacher D. : How the Medicare prospective payment system affects psychiatric patients treated in short-term general hospitals. 1990 ; *Inquiry* 27:

- 382-388.
- DesHarnais SI, Kobrinski E, Chesney J, Long M, Ament R, Fleming S. : The early effects of the prospective payment system on inpatient utilization and the quality of care. 1987 ; *Inquiry* 24: 7-16.
- Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, Davis K, Binns K. : The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Affairs* 1998 ; 14(3): 206-216.
- Drake D. : *Reforming the Health Care Market*. Washington DC: Georgetown University Press. 1994
- Dranove D, White WD. : Agency and the organization of health care delivery. 1987 ; *Inquiry* 24(4): 405-415.
- Eckholm E : *Solving America's Health-Care Crisis*. New York: Random House. 1993
- Edellman M. : *The Symbolic Uses of Politics*. Urbana: University of Illinois Press. 1984
- Fan CP, Chen KP, Kan K. : The design of payment systems for physicians under global budget—an experimental study. *Journal of Economic Behavior and Organization* 1998 ; 34: 295-311.
- Feldstein PJ. : *Health Policy Issues: An Economic Perspective*. Ann Arbor: Health Administration Press. 1994
- Feldstein PJ. : *Health Care Economics*. 5th ed. London: Delmar Publishers. 1999
- Feldstein PJ. : *Health Care Economics*. 6th ed. Thomson Delmar Learning. 2005
- Feinglass J, Holloway JJ. : The initial impact of the Medicare prospective payment system on US health care: a review of the literature. *Medical Care Review* 1991 ; 48: 91-115.
- Folland ST, Kleiman R. : The effects of prospective payment under DRGs on the market value of hospitals. *Quarterly Review of Economics and Business* 1990 ; 30(2): 50-68.
- Folland ST, Goodman AC, Stano M. : *The Economics of Health and Health Care*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall. 2001
- Frank RG, Glazer J, McGuire TG. : *Measuring Adverse Selection in Managed Health Care*. Working Paper No. 6825. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. 1998
- Getzen TE. : *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons. 2004
- Glennerster H, Matsaganis M, Owens P, Hancock S. : *Implementing GP Fundholder: Wild Care or Winning Hand?* Buckingham: Open University Press. 1994
- Groenewegen PP, Delnoij DMJ. : *Where Would the Netherlands be Without GPs? The Position of GPs in Relation to the Nature and Costs of Care*. Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom. 1997
- Groenewegen PP, Dixon J, Boerma WGW. : The regulatory environment of general practice: an international perspective. In Saltman RB, Busse R, Mossialos E. eds. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open

- University Press. 2002
- Grol R, Jacobs A, Baker R, Wensing M. : *Quality Assurance in General Practice: The State of the Art in Europe*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. 1993
- Hanson F. : Teure patienten unerwünscht. *Die Zeit*, 11 November. 1999
- Harrison MI. : Health professionals and the right to health care. In den Exter A, Hermans H. eds. *The Right to Health Care in Several European Countries*. The Hague: Kluwer Law International. 1999
- Harrison MI, Calltorp J. : The reorientation of market-oriented reforms in Swedish healthcare. *Health Policy* 2000 ; 50: 219-240.
- Healy J, Mckee M. : The role and function of hospitals. In Mckee M, Healy J. eds. *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press. 2002
- Henke K-D, Murray MA, Ade C. : Global budgeting in Germany: lessons for the United States. *Health Affairs* 1994 ; 13(4): 7-21.
- Hodgekin D, McGuire TG. : Payment levels and hospital response to prospective payment. *Journal of Health Economics* 1994 ; 13: 1-29.
- Hsiao WC. : Afterword: Cost—The Macro Perspective. In Ikegami N, Campbell JC. eds. *Containing Health Care Costs in Japan*. Ann Arbor: The University of Michigan Press. 1996
- Hsiao WC, Yip W, et al. : *Improving Hong Kong's Health Care System: Why and For Whom?* Hong Kong: Government Printing Department. 1999
- Iversen T, Luras J. : The effect of capitation on GP's referral decisions. *Health Economics* 2000 ; 9: 199-210.
- Jack W. : *Principles of Health Economics for Developing countries*. Washington DC: The World Bank. 1999
- Kanji N. : *Drugs Policy in Developing Countries*. London: Zed Book. 1992
- Kaitin KI, Bryant NR, Lasagna L. : The role of the research-based pharmaceutical industry in medical progress in the United States. *Journal of Clinical Pharmacology* 1993 ; 33: 412-417.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. : *Gemeinsames Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arznei-und Heilmittelbudgets 1999*. August.
- Keaney M. : Proletarianizing the professionals: the populist assault on discretionary autonomy. In Davis JB. ed. *The Social Economics of Health Care*. London: Routledge. 2001
- Lall S. : Economic considerations. In Blum R, Herxheimer A. eds. *Pharmaceuticals and Health Policy*. London: Croom Helm. 1981
- Langenbrunner JC, Wiley MM. : *Paying the Hospital: Payment Policies and Reforms in Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Options, Early Results*. Washington DC: World Bank. 1999

- Langenbrunner JC, Wiley MM. : Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries. In McKee M, Healy J. eds. *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press. 2002
- Ljunggren B, Sjoden, PO. : Patient-reported quality of life before, compared with after a DRG intervention. *International Journal for Quality in Health Care* 2003 ; 15(5): 433-440.
- Lumbroso A. : The introduction of new drugs. In Blum R, Herxheimer A. eds. *Pharmaceuticals and Health Policy*. London: Croom Helm. 1981
- Lynk WJ. : One DRG, one price? The effect of patient condition on price variation within DRGs and across hospitals. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2001 ; 1: 111-137.
- Lyons B, Mehta J. : Contracts, opportunism and trust: self-interest and social orientation. *Cambridge Journal of Economics* 1997 ; 21: 239-257.
- Martin JP. : *Social Aspect of Prescribing*. London: Heinemann. 1957
- Maxwell M, Heaney D, Howie JRG, Noble S. : General practice fundholding: observations on prescribing patterns and costs using the defined daily does method. *British Medical Journal* 1993 ; 307:1190-1194.
- Mayer RR. : *Policy and Program Planning: A Developmental Perspective*. Englewood: Prentice-Hall. 1985
- Maynard A. : The regulation of the pharmaceutical industry. In Drummond MF, Maynard A. eds. *Purchasing and providing Cost-Effective Health Care*. London: Churchill Livingstone. 1993
- McMaster R, Sawkins JW. : The contract state, trust distortion and efficiency. *Review of Social Economy* 1996 ; 54: 145-167.
- McKee M, Healy J. : Improving performance within the hospital. In McKee M, Healy J. eds. *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press. 2002
- Ministry of Health. : *The Danish Health Care Sector*. Copenhagen: Ministry of Health. 1999
- Mooney G, Ryan M. : Agency in health care: getting beyond first principles. *Journal of Health Economics* 1993 ; 12(2): 125-35.
- Moran M. : *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester: Manchester University Press. 1999
- Mossialos E, Le Grand J. : *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate. 1999
- Mossialos E, Mrazek M. : Entrepreneurial behaviour in pharmaceutical markets and the effects of regulation. In Saltman RB, Busse R, Mossialos E. eds. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press. 2002
- Nelson RR, Winter SG. : *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge MA: Harvard University Press. 1982

- Newhouse JP. : *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press. 1993
- Newhouse JP. : Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature* 1996 ; 34: 1236-1263.
- Pauly MV. : Insurance reimbursement . In Culyer AJ, Newhouse JP. eds. *Handbook of Health Economics*. Vol 1A. London: North –Holland. 2000 ; pp. 537-560.
- Rahner E. : Lebhafter Streit um das KBV-Notprogramm gegen Überschreitungen der Arzneibudgets. *Die Pharmazeutische Industrie* 1999 ; 61(8): 159-161.
- Redwood H. : *Why Ration Health Care? An International Study of the United Kingdom, France, Germany and Public Sector Health Care in the USA*. London: Institute for the Study of Civil Society. 2000
- Reekie WD, Weber MH. : *Profits, Politics and Durg*. London: Macmillan. 1979
- Rehnberg C. : Sweden. In Ham C. ed. *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press. 1997
- Rice T. : Should consumer choice be encouraged in health care? In Davis JB. ed. *The Social Economics of Health Care*. London: Routledge. 2001
- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. : *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford: Oxford University Press. 2004
- Robinson JC. : Physician-hospital integration and the economic theory of the firm. *Medical Care Research and Review* 1997 ; 54(1): 3-24.
- Robinson R, Le Grand J. : *Evaluating NHS Reforms*. London: King's Fund Institute. 1993
- Saltman RB, Busse R, Mossialos E. : *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press. 2002
- Sainsbury Committee. : *Report of the Committee into the relationship of the pharmaceutical industry with the National Health Service 1965-7*. London: HMSO. 1967
- Scherer FM. : *Industry Structure, Strategy and Public Policy*. New York: Harper Collins. 1996
- Schwabe U. : Überblick über die Arzneiverordnungen im Jahre 1998. in Schwabe U, Paffrath D. eds. *Arzneiverordnungs-Report 1999*. Berlin. 2000
- Schröder H, Selke GW. : Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. in Schwabe U, Paffrath D. eds. *Arzneiverordnungs-Report 1999*. Berlin. 2000
- Schwartz FW, Busse R. : Fixed budgets in the German ambulatory care sector. In: Schwartz FW, Glennerster H, Saltman RB (eds.) *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. Chichester: Wiley & Sons. 1996 ; pp. 93-108.
- Sheingold SH. : The first three years of PPS: impact on Medicare costs. *Health Affairs* 1989 ; 8(3): 191-204.
- Siegel S. : Medicare outlier payment reform: friend or foe? *Health Care Law Monthly* 2003 ; Oct 3-9.

- Simon HA. : Organizations and markets. *Journal of Economic Perspectives* 1991 ; 5: 25-44.
- Smith PC, Stepan A, Valdmanis V, Verheyen P. : Principal-agent problems in health care systems: an international perspective. *Health Policy* 2004;41: 37-60.
- Starfield B. : Is strong primary care good for health outcomes? In Griffin J. ed. *The Future of Primary Health Care*. London: Office of Health Economics. 1996
- van de Ven W. : The Netherlands. In Ham C. ed. *Health Care Reform*. Buckingham: Open University Press. 1997
- Wiley MM. : Financing operating costs for acute hospital services. In Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C. eds. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press. 1998
- World Health Organization. : *The World Drug Situation*. Geneva: WHO. 1988

附錄

座談會會議紀錄

附錄一

「如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究」專家座談會

第一場（中區） 會議記錄

一、地點：健保局中區分局十樓會議室

二、時間：九十三年十一月八日（上午十時）

三、主席：李副教授卓倫（計畫主持人） 記錄：孫佳鳳 研究助理

四、出席之學者專家：中區分局 蔡經理淑鈴

澄清醫院 周副院長思源

秀傳紀念醫院 徐副營運長弘正

中國醫藥大學附設醫院 蔡副主任淑暖

童綜合醫院 王主任瓊仙

中山醫學大學附設醫院 宋組長月馨

五、列席人員：林助理教授妍如（協同主持人）

陳懿君（研究生）

六、會議內容

主席引言：

首先感謝各位學者專家出席本座談會，也謝謝分局蔡經理提供場地。費協會於今年初委託二個計畫，一個是這個計畫是費協會針對長遠計畫所規劃的議題，想要透過總額預算分配落實分級醫療的研究，政策規劃者應要提供誘因

在研究報告中，將列上一張圖（如附件），圖中就現況做一些呈現，政策規劃者一部分的人喜歡偏向提供誘因。怎麼樣提供誘因，在計畫中將提供一些方案，這也是今天的座談會想要與各位與會專家討論的原因。第一個議題是基層總額改革的方案，第一個討論的議題有可能是距離最遙遠的，而其他三個討論議題是較近程能做的。在第一個改革方案我們在研究報告中給予的建議，將會進一步牽涉到基本利益及資源配置的改變，在基層總額中我們想要建立兩個主要的改變，一個是民眾誘因的釋出，但是這樣的改變，錢要從哪裡來是一大問題，所以

對民眾的誘因仍沒出現。另一個是對醫師誘因的釋出，但是就現況來看，因家庭醫師整合制度的實施，對醫師的誘因似乎已經足夠。

因此我們將在報告中提出，是不是可以釋出每年兩百三十億左右的預算，來補助基層民眾就醫的掛號費或部分負擔，每次用 100 元來補助，推算基礎是先粗略以每年每人有十次在基層就醫的補助，因有兩千三百萬的人口，故要釋出兩百三十億左右，當然第一年也許不會有這麼多的花費，可能每年每人平均只有六至七次的就醫，因此將提出每年釋出兩百三十億至基層醫療，提供民眾至基層就醫的誘因。因為目前我們仍無法限制民眾就醫自由，提供此誘因而來決定民眾就醫的選擇，這樣的釋出約佔健保總支出 6-7% 左右，這裡面有長期和短期的利益交換，短期是需要一個財務的來源，長期來說這是控制量的最重要的方法。因為總額在費用控制上就是利用 P 和 Q 的連動效果，但是 P 和 Q 的連動效果並不好，因為多數還是會衡量，所以會看到 Q 會受其他力量所左右，而 P 還是維持不變，在別國家也是出現相同的情形，我著眼於基層總額的改革，主要是在 Q 的控制，若有守門人的機制則對長期 Q 的控制可以下降。

徐副營運長弘正：

我想針對兩百三十億誘因提出一些問題，這樣的計算基準是掛號費和部分負擔的補助，此實施可能會誘發更多利用者，導致醫療費用更多。

主席：

這就是接著要實施論人計酬的關鍵，因為錢是裝在基層醫師的口袋，若要多開藥則要從醫師口袋付出，節省醫療費用的動機不能由民眾作決定，因為民眾會造成誤判，要由醫師來決定。但是每個國家在實施論人計酬時，如果是將論人計酬交給基層醫師決定，發現每個基層醫師都把病患往外面轉，愛爾蘭在 1989 年實施時，基層轉診率增加 42%，因此勢必要將一部分轉診的費用交由基層醫師來承擔病人的風險，承擔的費用包括一個是發生機率高的疾病、一個是一旦需要轉診其住院費用不高的疾病，這是比較能從門診來承擔風險的部分，從承擔風險的各國實施資料來看，這些仍是不夠的，因為醫師仍會奔命將病患往外轉，一定要將一部分住院風險由基層醫師承擔，而這部分要從醫院總額裡去切出一塊原本

屬於醫院總額的住院費用來支付。各位不知道站在醫院經營者角度是不是有其他看法，針對民眾誘因釋出及論人計酬此兩個方案實施的建議。

周思源副院長：

健保最大問題是走向社會保險制度及單一保險人制度，因此支付制度會影響醫務管理模式，支付制度會影響醫師的行為、病人的行為及醫療的供給。今天分配的原則包括健保支付制度的演變、各層級結構、各層級任務即能力、各層級硬體跟人力成本，這些都是很現實的問題。健保只要不要政治因素和既得利益等問題，強勢介入必可解決很多問題，令人不解的是為什麼當初要將基層總額和醫院總額要分開？為什麼藥費到現在還沒總額呢？

蔡副主任淑媛：

我也贊成基層總額和醫院總額不要分開，自從總額一切割後，醫院變得四分五裂，對病人造成很大的影響。基層跟醫院應該不需要這樣分割下去，而論人計酬不應該丟給基層醫師來作，因為論人計酬是照護病人從頭到尾，基層醫師可能無法照護到，很多後段疾病的問題還是得由醫院體系來照護，若論人計酬全部交由基層醫師來作苦能無法執行成功，所以主軸還是應從上而下由醫院來主導，若落在基層則會有醫院和基層醫師勾結的情形。至於 230 億的經費若能額外爭取，那麼就用來補 FFS 的缺口，則醫療院所的滿意度則可以提高到 80 分以上。

主席：

我做一個小小的回應，德國人一直都在抗拒國家的大總額，但是允許小總額存在，每塊小總額都單獨跟政府談，而這些小總額的加總就成了國家的大總額，而我們國家則是反其道而行，先有一個大總額後，其他小總額在慢慢來談，如三塊總額談完後，剩下的總額就沒有太多空間可以來談了。至於論人計酬要由基層診所主導或由醫院主導，除了美國是由 HMO 主導外，泰國也是由醫院主導，但這就會走向多元保險人制度。

徐副營運長弘正：

我也認為小總額要分開來談，但要合理性。其實我仍建議基層門診跟醫院門診還是要合併，民眾到診所就醫的金錢誘因似乎沒那麼重要，誘因應該是就醫品質。民眾在意的還是照護的品質，所以由醫院主導，民眾會覺得照護品質才是誘因。

宋組長月馨：

許多民眾多是慕名就醫，導致醫療費用無法控制，應要朝衛教方向進行，對民眾就醫觀念進行教育。

蔡經理淑鈴：

站在我的立場我是支持分級醫療的，以我國跟英國來筆式無法比較的，若跟美國比情況也是不同，美國有 gatekeeper 制度，而英國是 GP Fundholder，現在顯然沒有一個國家是跟我們國家的情況是相同的。目前台灣實施的家庭醫師制度是屬於本土化的家庭醫師，找出最適合的方式來進行，是我們中區健保局的目標，我國的家庭醫師應該要長期耕耘，就目前實施現況來看，已有十五萬人登記，佔 4-5% 的人口，長期來看，財務若能解決是值得繼續走下去。但是要走向論人計酬，目前台灣的基層醫師根本沒有風險的概念，一但有風險承擔概念時，必會出現挑選病人之途，基層醫師應該要有先承擔病患風險的責任，如慢性病患者應該由基層醫師來照顧並承擔風險。至於 230 億的部分，這是一個大數，而掛號費是自由競爭的市場，以後可能會演變成一種競爭的手段，掛號費健保局是不買單的，而部分負擔希望明年可能調高部分負擔。若基層能免部份負擔，目前台灣需要實證來證實民眾就醫行為的改變。

主席：

我們接著進入第二個議題討論，健保保費收入就是這麼多，就算沒有實施總額，這實際上就是一個總額，但是要不要再搭配論量計酬是可以再討論，而由賽局理論可發現大部分的仍選擇衡量，若搭配其他不是計酬方式，如搭配量病例點數計酬的 DRG，由一些統計數據發現過去點數增加並不是門診人日、住院人次或人日增加，而是每次單價都高於人次或人日的增加，實施 DRG 先將單價降低，關

於醫院總額的改革，希望各位與會來賓的意見能提供。

周思源副院長：

在我觀念中 DRG 或 RBRVS 其實是讓支付更合理化，我贊成先用大的醫院總額先限制住，但是醫院總額建議應分成大醫院和小醫院的總額，並就服務項目來設定。

徐副營運長弘正：

其實我是認為自主管理是有好處的，如從一些指標可以發現藥費降低、MRI 和 CT 使用已有下降，我們發現已加入自主管理的醫院這些都已經下降，但未加入自主管理的醫院仍一值在衝量。我是認為自主管理應要繼續實施，但是 DRG 要盡快執行。對於要不要加入自主管理的判斷，我想若一家醫院的業績成長率每年能增加 10% 就不會選擇加入自主管理。

蔡副主任淑暖：

DRG 與總額應該兩件事，至於 DGR 的引進只是將單一的價降低，但是醫院還是可以衝量，可以找更多的個案出來，但是實施 DRG 應該是對於審核上有很大的幫助，醫院應該就不會亂申報，從疾病的嚴重度做異常的審查，藉由審查的功能來做抑制量。

主席：

關於藥費總額的部分，全世界大概只有我們國家跟日本在藥費支出是佔了全醫療支出的四分之一，其他國家都是維持在 15% 左右，而由於政治操作使藥費一直降不下來，每年在感冒藥給付上佔了相當大的比率，若我們建議感冒藥先不給付應該可以節省許多費用。

徐副營運長弘正：

目前國內藥價無法解決的原因，就是因為政治因素介入藥費的利潤，許多政治人物多與藥廠有良好的關係或直接為藥廠關係人，因此建議應該將必須用藥的

點值固定，可以少用的藥品點值採浮動。

主席：

在其他國家的實施情形就是採浮動點值，主要是因為醫藥分業，藥費採回饋的浮動點值，在英國主要是由基層醫師先執行，其執行成果有 1. 盡量使用學名藥取代專利藥品，2. 由政府部門或衛生單位來查看醫師開藥的紀錄。

周思源副院長：

醫院在藥費上都在賺藥價差，因此藥價的問題應要先解決，藥品的利潤應該要訂定出來，重新訂定藥價。

蔡副主任淑暖：

我認為要將藥費在切一塊總額，可能很難執行，因為這有可能變成多一空間讓藥費將餅作大，不然就是一些配套措施要做好，如一些病人要丟出，一些藥品要減少開出。

蔡經理淑鈴：

DRG 支付制度和卓越計畫支付制度是不同的意義，但是要這中間作取捨，但是我們從卓越計畫中，雖然發生拒絕病患和等後時間延長，但是還是有一些好處我們應該要繼續維持，明年計畫在醫院門診及住院部份的 45:55 比率，應該仍是會繼續保留，因為自從醫院加入卓越計畫後，發現每日藥費降低了（半年內每日平均藥費降了 10 元），門診檢查部分也減少了。目前加入自主的醫院都是在門診上自發作改善，而住院的 55 比率都沒在動，因此建議增加住院的誘因，如讓住院總額的支付衝到 1 元，加入的誘因為支付的錢多及 DRG 審查制度的實施，所以目前 Clinic guideline 要完善。卓越計畫其實是醫院跟自己在競爭，只要不斷頭今年就不會出現虧損。至於藥費總額的實施建議執行方式可採類似洗腎業務的支付制度，以浮動點值來計算。

主席：

真正 DRG 的實施應該要包含門診的部分，目前台灣是針對住院的部分實施。最後一個議題我們想討論的是分級醫療制度，各位專家有什麼意見可以提供呢？

周思源副院長：

分級醫療的大原則，是大醫院看大病，小醫院看小病，真正落實分級醫療。第一個顯現的問題，早在民國 77 年時，所執行的評鑑制度以包含醫院應要落實分級醫療，早期轉診是需要家醫科醫師認證才能轉診的。有許多一級醫院自動將醫院轉成三級醫院，許多家醫科醫師也因此離開醫院。第二個顯現的問題是這幾年來一些老醫院的總醫療收入不如從前，一些申請費用都被砍光，第三個顯現的問題就是目前在推行家庭醫師制度，我認為真理只有一個大家都很清楚，就是落實分級醫療，及人力的調控，每一個層級都要考慮清楚。

蔡經理淑鈴：

分級醫療一直都是目前中央想推行的，過去十年許多醫師都被大醫院吸走，醫師都直接留在醫院，若分級醫療推行的通，之後出來的醫師應該都會選擇直接出來開業。透過轉診的管道來真正落實分級醫療。

主席：

今天非常謝謝各位專家來參加，若有任寶貴意見請在提供給我們，謝謝。

七、散會。

附錄二

「如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究」專家座談會

第二場（北區） 會議記錄

一、地點：健保局北區分局七樓貴賓室

二、時間：九十三年十一月十八日（上午十時）

三、主席：李副教授卓倫（計畫主持人）

記錄：孫佳鳳 助理

四、出席之學者專家：健保局北區分局

方經理志琳

長庚醫院林口院區

潘高專延健

行政院衛生署新竹醫院

張院長景年

敏盛綜合醫院

姚副院長維正

桃園榮民醫院

張主任士臣

新國民綜合醫院

劉副院長興寬

基層醫師代表

吳醫師守寶

五、會議內容

主席引言：

首先感謝各位學者專家出席本座談會，也謝謝分局經理提供場地。費協會針對健保有兩件事要急於解決，第一件是新加入的給付項目及舊給付項目退出的機制，另一件是就是今天這個計畫所要探討的，費協會針對長遠計畫所規劃的議題想要透過總額預算分配落實分級醫療的研究。

在研究報告中，將列上一張圖（如附件），圖中就現況做一些呈現，政策規劃者一部分的人喜歡偏向提供誘因。怎麼樣提供誘因，在計畫中將提供一些方案，這也是今天的座談會想要與各位與會專家討論的原因。第一個議題是基層總額改革的方案，第一個討論的議題有可能是最遠程的解決方案，而其他三個討論議題是較近程能做的。在第一個改革方案我們在研究報告中給予的建議，將會進一步牽涉到基本利益及資源配置的改變，在基層總額中我們想要建立兩個主要的改變，一個是民眾誘因的釋出，但是這樣的改變，錢要從哪裡來是一大問題，所以對民眾的誘因仍沒出現。另一個是對醫師誘因的釋出，但是就現況來看，因家庭醫師整合制度的實施，對醫師的誘因似乎已經足夠。

首先，我們先從第一個方案來討論，目前基層一直在積極推動的試辦計畫，已花掉六、七億，在家庭醫師計畫上應該還有很多事情值得去做，但家庭醫師制度在學理上我們有三件事情要做，第一是病患名單，目前基層在做建檔就是，這個精神是病患列管在醫師的名單時，就是醫師向健保申請經費的依據；第二是論人計酬；第三是守門人的角色。

目前我們的總額想要控制量（Q），透過（價格）P來控制Q的下降，但是這樣的方式並沒有效果，因為別人做得多或做得少對自己本身並沒有影響，所以大部分還是選擇衝量。因此提出此三個組成，主要的著眼點是長久的量（Q）的控制，透過守門人來監控量。我們將在報告中提出，是不是可以釋出每年兩百三十億左右的預算，涵蓋基層民眾就醫的掛號費或部分負擔的補助，推算基礎是先粗略以每年每人有十次在基層就醫的補助，因有兩千三百萬的人口，故要釋出兩百三十億左右，當然第一年也許不會有這麼多的花費，可能每年每人平均只有六至七次的就醫，因此將提出每年釋出一百二十億的補助至基層醫療，提供民眾至基層就醫的誘因。在基層的家庭醫師計畫健保局似乎採了一些煞車。

吳醫師守寶：

目前家庭醫師計畫正式上路有兩百二十群，主要是基層也不想再積極推行，因為推行成效不是很好，有幾個難推行的地方。首先是民眾看到的誘因不大，若掛號費來省，醫院可能無法承受，所以能補助的唯有從部分負擔著手，目前加入醫療群有一千五至兩千個醫師，每個醫師照顧一千個病人，但目前每位醫師平均只有兩百個民眾登記。

潘高專延健：

若總額將基層和醫院切開來談可能會失焦，總額只談到費用卻沒有談到結構也無法解決真正問題。首先先提推動醫療群，主要是想透過家庭醫師計畫落實轉診制度，在台灣最主要的問題是大家可近性太高，若直接用補助掛號費或補助部分負擔，鼓勵民眾加入醫療群，對加入民眾只有一個效果，就是鼓勵民眾多去加

入的醫療群看病，但是若有不同病症時，民眾仍會到大醫院去看病，基本上民眾的就醫模式並沒有被改變。雖然補貼民眾掛號費或部分負擔，但民眾仍會自認為特殊疾病要上大醫院，因此，若只是單方面鼓勵只會創造那方面的需求而已，實際上對於要落實家庭醫師制或轉診制度並不會有很大的影響。我認為應該要將部分負擔的差距拉大，若民眾有加入醫療群在整體的部分負擔都可以省下來，不管是門診或住院或在不同層級都可以省下來，民眾就會有誘因便會從家庭醫師這邊來就醫。現在因為部分負擔讓民眾覺得差異不大，所以民眾還是習慣以自己為中心思考。從我們醫院過去的經驗來看，在以前調高部分負擔的時期，健保局公告時，我們醫院如臨大敵擔心病人會流失，但是大約兩個月病人就又回來，這個狀況就如計程車漲價類似，民眾習慣後就會回來。因為金額並未讓民眾覺得有差異性，所以部分負擔一定要在結構上做調整，如根據疾病嚴重度、緊急性或是透過轉診的機制上來等，用這樣的配套來誘導病人就醫行為的改變。

吳醫師守寶：

我比較擔心是推動論人計酬，因為基層的醫師良莠不齊，而且醫師在推行論人計酬時，面臨需要很多人力，若沒有很好的基礎時，最好先暫時不要推。

方經理志琳：

張院長景年：

我想新竹地區可能比較特殊，因為大部分醫院都沒有加入卓越計畫，我們醫院也沒有拒絕病人也沒也衝量，但門診部分也增加了 10%，不知道新竹地區有沒有也有門診跑到基層的情形。

吳醫師守寶：

從北區件數的分析來看，以桃園縣增加最多，以我的資料來看，新竹縣新竹市倒是沒有什麼增加。

主席：

現在進入第二個議題—醫院總額，基本想法還是以 DRG 為主軸，主要還是因為健保局目前要推的住院 DRG，DRG 的效果主要在大量的住院手術變成門診手術，這是真正降低醫療成本的部分。醫院的總點數增加是 P 的增加不是 Q 的增加，而 DRG 則可以控制 P，醫院為了要把 P 跟 Q 做大，唯一的方式就是操作 Q，但是 Q 的操作技巧比 P 要困難很多，相信這一定能為健保局省下不少經費也解決政策上的問題。但在實施 DRG 的同時，想請各位專家思考幾議題，如自主管理或卓越計畫就取消或將方式改變，醫院搶得到多少 DRG 就讓醫院搶，不要再額用度將醫院罩住，因為短期來看，醫院會因為額用度用完就將病床空起來，而長期來看，醫院可能會將病床直接關掉，這將造成病人的等候時間拉長。不過卓越計畫有一些實施看起來不錯的成效，如在藥費節省上有獲得不錯的控制。實施 DRG 有兩各方面對中小型醫院有利，若採同病同酬，中小型醫院的成本必比醫學中心低，也將促成分級醫療的情形產生，還有一個議題就是 45：55 的比例應該要取消。

劉副院長興寬：

卓越計畫應該要取消。

主席：

我補充說明一下，目前的問題出現在總額，但總額就算民意上取消已經不重要，因為保費實質上就是固定這麼多，所以點值還是浮動，不過將來 DRG 實施的點值浮動，跟目前的狀況是不同的，目前是單一個病人處置項目可以做很多，而 DRG 則不用做很多項目，DRG 的實施將可以使點值浮動緩和很多。

吳醫師守寶：

醫院改革有什麼看法，醫院將來的總額分配是要注重在住院部份嗎？目前醫院費用是兩千四百多億，住院佔了一千五百億，若再加費用到住院部份，那麼醫院門診八九百億的費用會被壓縮下來，這將造成很可怕的後果，醫院近五年應該如何改革？

主席：

我對於醫院的定位仍是在於處理急、重症病人，過去常喊醫院走入社區這已經是老觀念了，社區應該是基層醫療的問題，醫院應該要著重在處理急重症病人。45：55 的比例應該要取消的原因，這可能會鼓勵醫院將門診病人轉到住院處理，而這做法又跟實施 DRG 是互相矛盾的，因為 DRG 是要鼓勵醫師將住院的手術轉到門診處理。從美國的經驗來看，美國實施 DRG 已經十年以上，結果發現住院人日縮減四分之一，而門診增加 89%，門診增加的部分並不是從基層搶過來的，而是原本住院處理的轉到門診處理，這部分節省了大量的成本。

潘高專延健：

我覺得健保問題還是要回到最根本的問題，健保問題不是透過分配就能將總額問題解決，總額問題還有很多層次更高的問題也要一併處理，包括財源的不足、醫療政策的方向未定、醫療資源的供應，或是部分負擔等問題，造成現狀不是只有醫療機構或醫療提供者衡量，應該要先把真正呈現出來，再來談資源費配的問題。第二個問題，藥費的改善並不是完全因為卓越計畫或自主管理，這只是一個氣球捏來捏去的問題。而取消門住診 45：55 的比例，這數據本身就是一個很粗糙的分隔方法，並沒有依民眾需求來精算，取消這比例是有正面意義的。回歸到 DRG，這是醫療的本質應該要推行，但是在執行時有一點要注意，DRG 的編碼一定要清楚，疾病嚴重度分類的碼數一定分出來，否則重症最後一定也會被推掉。

再澄清一個狀況，到層級越高的醫院不見得是成本越高，過去 FFS 的制度確實是如此，但是總額之後，額度已被限制住，醫院關心是效率和成本，跟 FFS 過去看的地方是不同，所以全面實施 DRG 應該可以避免門診重大檢查或手術開倒車，還有一個配套應該也要進來，慢性病病人的照護應該要以 case payment

或論質計酬，不再用單點給付，醫療機構必定會更用心照顧慢性病人，也會希望病人都能持續回診。

吳醫師守寶：

我認為門診手術跟 case payment，目前醫院申報費用應該有四、五十億，在門診做手術，但在是用住院來申報，這麼一來門住診 45:55 一定可以很快達到。

主席：

關於藥費總額的部分，全世界大概只有我們國家跟日本在藥費支出是佔了全醫療支出的四分之一，其他國家都是維持在 15% 左右，而由於政治操作使藥費一直降不下來，每年在感冒藥給付上佔了相當大的比率，若我們建議感冒藥先不給付應該可以節省許多費用。

六、散會。

附錄三

「如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究」專家座談會

第三場（南區） 會議記錄

一、地點：健保局中區分局十樓會議室

二、時間：九十三年十一月二十二日（上午十時）

三、主席：李副教授卓倫（計畫主持人） 記錄：孫佳鳳 研究助理

四、出席之學者專家：

健保局北區分局	蔡經理魯
奇美醫院	張主任文信
新樓醫院	蔡部長宏恩
行政院衛生署台南醫院	吳主任昇榮
郭綜合醫院	邱副院長榮章
台南市立醫院	戴副院長芳婷、嚴高專玉華
基層醫師代表	朱醫師嘉生

五、列席人員：林助理教授妍如（協同主持人）

陳懿君 研究生

六、會議內容：

主席：

首先感謝各位學者專家出席本座談會，這個研究就如我們的計畫名稱所呈現，費協會於今年初委託二個計畫，一個是這個計畫是費協會針對長遠計畫所規劃的議題，想要透過總額預算分配落實分級醫療的研究，政策規劃者應要提供誘因

在研究報告中，將列上一張圖（如附件），圖中就現況做一些呈現，政策規劃者一部分的人喜歡偏向提供誘因。怎麼樣提供誘因，在計畫中將提供一些方案，這也是今天的座談會想要與各位與會專家討論的原因。第一個議題是基層總額改革的方案，第一個討論的議題有可能是距離最遙遠的，而其他三個討論議題是較近

程能做的。

在一個理想的基層醫療中，有三件事要執行，1. 病患名單的建檔，2. 論人計酬，3. 守門人 (Gatekeeper)。目前我們的總額想要控制量 (Q)，透過 (價格) P 來控制 Q 的下降，但是這樣的方式並沒有效果，因為別人做得多或做得少對自己本身並沒有影響，所以大部分還是選擇衡量。因此提出此三個組成，主要的著眼點是長久的量 (Q) 的控制，透過守門人來監控量。

在文獻回顧的過程中，發現有些國家的論人計酬是由基層醫師主導，也有看到由醫院主導，如泰國和美國部分健康維護組織。若醫院的號召力夠大時，就由單一醫院來控制，目前若是擁有 4 至 6 群醫療群且也加入醫院卓越計畫的醫院，病人釋放機制將會變得非常容易，因為加入自主管理量已經很固定，但是又要將病患轉出去，透過此管道可以妥善替民眾案排就醫，病患較不會抱怨。在我們構想裡，以醫院為主導的與以基層主導建議都可以執行看看，最後還是透過守門人的角色來監控，在這個過程中病患就醫的自由要先保障，剩下要處理才是拆帳的技巧。不過，在別的國家實施論人計酬時曾發生一個狀況，如果只把門診算到論人計酬裡，基層醫師第一個動作就是先把病人轉走，因為前已經裝在口袋裡了，愛爾蘭一年之內轉診率增加 45%，其實應該要將一部分的住院算到論人計酬裡，如發生機率較高的、醫療費用較低的，不會承擔太大風險的疾病，交由基層醫師來承擔，除了可以讓基層醫師不會拼命將病患轉出去外，還有一個效果就是每一個醫療院所需將轉診合約擬好，來拜託基層診所將病患轉給各家醫院，因為一部份轉診的錢在基層醫師口袋裡，而合約內容只有兩個措施，一個是提升醫院品質，一個是降低價格。在這套過程中，目前我們推動的第一步，我們可以發現民眾的誘因並沒出來，若健保局願意承擔轉診的 50 元及部分負擔的 50 元，每人每次就醫補助 100 元，先粗略推算以每年每人有十次在基層就醫的補助，因有兩千三百萬的人口，故要釋出兩百三十億左右，佔醫療費用的 7%，當然第一年也許不會有這麼多的花費，可能每年每人平均只有五至六次的就醫，將只要提出每年釋出一百二十億至基層醫療，提供民眾至基層就醫的誘因。請各位來賓針對這樣的規劃案提供意見。

朱醫師嘉生：

想要用量來控制勢必崩盤，如果按照健保目前執行的工作，健保勢必崩盤，當初規劃健法時就規定在基層就醫不必有自付額，至區域醫院或醫學中心就醫有部分負擔。能將醫療費用作最有效的控制方法，就是將 Q 的工作控制好，如民眾至基層就醫可以享有免費醫療，但到醫院層級就醫時，則要付出一些代價。

戴副院長芳婷：

由於高科技的引進及新藥的引進，導致醫療費用增加，藥費成本也增加，佔總額支出比率越來越多，建議應讓多增加的部分先由使用者來支付。

張主任文信：

從過國資料的比較來看，我國健保確實是一個很好的制度，所涵蓋保險內容也是最多的，繳交的保費也是最少的，但是什麼項目都包，什麼疾病都給付，新藥或新科技也要開始給付。目前我們應該要來檢討保費就是這麼多，到底可以享有多少保險項目，又不限制民眾就醫自由，目前醫院經營的困境，就是健保制度已經被完全扭曲了。需要整合還有資訊系統的整合，目前有需多浪費一直在發生，是值得開始注意及檢討的。民眾重覆就醫的改善，家庭醫師的民眾建檔完成，IC 卡的資訊化系統建立…等等，都是目前健保要處理的要務。

主席：

我回應一下張主任的陳述內容，您所提的種種情形，有兩個前提一個是總額一個是論量計酬，在總額之下搭配論量計酬，剛剛所陳述的情形才會發生，而我們今天的三個主軸：一個是基層作論人計酬，二是住院作 DRG，三是藥費作總額。接著我們進入第二個議題，過去我們所面臨的問題是點數增加太快，解決點數增加的問題，就能解決剛剛所提到情形，點數是由單價和數量所組成，分析點數增加的情形，可以發現單價增加比較快，數量增加比較慢。

張主任文信：

我想 DRG 是一定要實施的，但這需要各個專業醫師來執行，將 DRG 支付制度建置完整。至於資訊資料之整合，

主席：

垂直整合有兩個困難，一個就是資訊系統的整合困難，第二個是需由醫院主導，但基層多是不願意。

嚴高專玉華：

目前總額協商是以每人每年的保險費來計算，而 DRG 也以由 499 種增加到一千多種，關於想讓民眾回歸基層就醫，唯有從錢在民眾口袋來想。

主席：

英國在實施論人計酬時，還額外加上藥費總額來控制醫療費用。

邱副院長榮章：

在公家醫院其藥費支出佔 50% ，建議藥費應該要增加部分負擔，由民眾來支付。

蔡經理魯：

健保不應在涵蓋的部分應要刪除，關於誘因提供，免部份負擔是可解決一部分問題，但病人的責任，會因基層可以免部份負擔而選擇留在基層就醫嗎？

主席：

分級醫療的建立是一長遠的目標，但短期而言為了解決醫院總額運作所面臨的問題，包括加入自主管理醫院所可能衍生的效率問題、未加入自主管理醫院所面臨的點值稀釋問題，嘗試研擬下列可能方案以解決醫院總額當前所產生的財務問題，這些方案包括：(1)放棄醫院總額中門住診比例要求，或減緩改革速度，改由基層總額中的建立家庭醫師制度著手改革；(2)實施自主管理，醫院門住診比例交由個別醫院與中央健保局商議，並另外提供醫院與其他醫療業者整合之財務誘因，部分小醫院轉型為診所；(3)在醫院總額與基層總額共同推動藥費總額，取消醫院總額門住診比例限制，以因應 2005 年以後推動診斷關係群的支付基

準，並於實施診斷關係群時取消論量計酬，自主管理則予以取消或保留與診斷關係群雙軌並行。

主席：

今天非常謝謝各位專家來參加，若有任寶貴意見請在提供給我們，謝謝。

七、散會。