

# 全民健康保險總額預算支付制度對醫院經營績效之影響—以南部之地區級以上醫院為例

\*<sup>1</sup>郭幸萍、<sup>2</sup>王錦旺

<sup>1</sup>南臺科技大學企業管理學系暨研究所、<sup>2</sup>行政院衛生署中央健保局南區分局

\*hpkuo@mail.stust.edu.tw

## 摘要

為有效抑制醫療費用上升，健保局於 2002 年 7 月開始實施總額支付制度，此制度實施後對醫療院所帶來的影響眾說紛紜，因此，此制度實施前後各醫院經營績效之比較分析，將有助於瞭解制度實施後對臺灣的醫療環境所帶來的影響。本研究針對南部 9 縣市 166 家地區層級以上的醫院，同時採用量性及質性研究方法來進行分析。量化研究部分是蒐集各醫院於制度實施前後各三年之健保申報資料加以比較，質性研究部分係採用深度訪談法，分別從醫院經營者及健保政策執行者的觀點來分析此制度對醫院績效的影響。量化研究的結果顯示制度實施後：(1)醫院住院收入及總收入有顯著性增加；(2)醫學中心較其他層級醫院在門診收入有明顯減少；(3)醫學中心與區域醫院較地區醫院的住院收入方面明顯增加；(4)總收入方面則是以區域醫院增加最多、地區醫院最少；(5)考量醫師數與病床數的投入，醫院的每位醫師與每病床的住院收入皆有顯著性的增加。而質性研究結果顯示受訪者對此制度實施的觀點會因為其所扮演的角色而會有認知的差異，且量性與質性的研究結果比較也有差異。

**關鍵詞：**總額支付制度、總額預算、醫院經營績效、深度訪談、全民健康保險

## Impact of Global Budget System of National Health Insurance on Hospital Performance - An Analysis of the Hospital of District, Regional, and Medical—Center Level in Southern Taiwan

\*<sup>1</sup>Hsing-Ping Kuo, <sup>2</sup>Jin-Wong Wang

<sup>1</sup>Department of Business Administration, Southern Taiwan University of Science and Technology

<sup>2</sup>Bureau of National Health Insurance, Southern Division, Department of Health

### Abstract

In order to constrain expenditures for health care from rising, Bureau of National Health Insurance (BNHI) put GBS into practice in July 2002. However, it is worth studying its impact on hospital performance after actualization. This research is to compare hospital performance and its influence in Taiwan before and after implementation of GBS so as to provide reference to the governmental agencies when making policy concerning GBS. This research has analyzed performance of 166 district hospitals in 9 counties in Southern Taiwan with quantitative and qualitative research. Quantitative research is to collect health insurance data of hospitals in three years before and after implementation of GBS for analysis, while qualitative research is to apply depth interview to analyzing impact of GBS on hospital performance on basis of viewpoints of hospital administrator and health insurance policy executor. Results of Quantitative research are as follows: 1. incomes have increased remarkably; 2. out-patient incomes of the medical center have decreased sharply than other hospitals; 3. in-patient incomes of the medical center and the regional hospital have increased sharply than district hospitals; 4.

Received: March 15, 2013; accepted: June, 2013.

Corresponding author: H. P. Kuo



as for total income, the regional hospital ranked the top, while district hospital had the least increase; 5. the inpatient incomes of per physician and each sickbed have increased remarkably after the system than before. The result of qualitative research can be concluded as follows: The viewpoint on the implementation of GBS is inconsistent between hospital managers and BNHI staffs. There is also difference between the research result of quantitative research and qualitative research.

**Keywords: Global budget System(GBS), Hospital Performance, National Health Insurance(NHI)**

## 壹、前言

1995年台灣實施「全民健康保險」(National Health Insurance)(以下簡稱全民健保)，支付制度原本是採論量計酬方式，但是此方式下的醫療服務提供者無需承擔健保財務責任，由於醫病間醫療資訊的不對稱，有些醫療院所便以各種方法提供民眾不必要的醫療服務，進而賺取更多給付。另一方面，部分民眾也因道德風險作祟，對於醫療資源的使用不會自我節制，於是醫療費用快速上漲，成為健保所必須面對的重要問題。

台灣從1998年7月起，健保保險費收入成長率即遠低於醫療費用支出成長率，囿於保費費率的調高不易，衡諸各國健康保險費用管控方式，莫不以總額支付制度為支付方式，因此，台灣的健康保險醫療費用支付制度採用總額支付制度是時勢之所趨。健保局為有效控制醫療費用，落實財務責任制度，乃於1998年7月1日率先實施牙醫總額支付制度，接著再於2000年7月實施中醫門診總額支付制度。鑑於牙醫和中醫的實施成效不錯，便陸續於2001年7月開始實施西醫基層總額支付制度，再於2002年7月再實施醫院總額支付制度，至此全民健保正式全面採行總額支付制度。

環顧眾多實施醫療保險制度的國家，為了抑制醫療費用的節節上漲，總額支付制度的推動幾乎是大家的共識。雖然醫療費用總額支付制度在國外已行之有年，但總額支付制度在各個國家實施的作法都不盡相同，不同的國家因其特性、需求、對象及其目標之差異，而呈現出不同的設計面貌。從制度設計上來看，由於總額固定，各部門的點數與點值之間就會出現替代關係，亦即點數高，點值就低，健保局原本希望這種替代關係，可以抑制醫療服務提供者增加服務量的誘因，而實際結果卻是各部門所提供的服務量不減反增，平均點值也就大幅下滑，有些醫療院所便以此為理由，控訴總額支付制度造成他們做越多，賠越多，進而走上街頭要求廢除此項制度。當支付制度改變後，醫院的經營模式與績效是否顯著的受到影響？是值得探討的課題。本研究希望透過此一研究瞭解總額支付制度在台灣實施的影響，期提供政府相關單位在執行總額支付制度政策修訂之參考。為了進一步探討總額支付制度的實施，對各級醫療院所所造成的影響，因此，本研究目的如下。

- 一、瞭解在總額支付制度實施前後，醫院績效是否有顯著差異？
- 二、不同層級的醫院，在總額支付制度實施前後，其績效受影響之程度。
- 三、透過質性及量性研究方法的比對，來推導並歸納出總額支付制度對醫療院所實際的影響。
- 四、提供政府實施總額支付制度推行之修訂參考。

## 貳、文獻回顧

1988年衛生署依據醫療法之規定，開始發展分級醫療體系、推動轉診制度而辦理醫院評鑑制度，將醫院依功能分為：醫學中心、區域醫院及地區醫院三級，並且將醫療保險給付與醫院評鑑相結合。自1989年起，勞保的醫療診療費用支付標準即配合醫院評鑑標準加以修訂，依醫院評鑑結果醫院評鑑等級之不同，給付不同的醫療費用。1995年開辦之全民健保，亦同樣是採用醫院評鑑結果之醫院等級給付醫療費用。全民健保之所以採用醫院評鑑結果之醫院等級，作為給付醫療費用之依據，目的是欲達到分級醫療，合理運用醫療資源，使醫療費用的給付趨於合理化。



## 一、總額支付制度

依據全民健保醫療費用協定委員會於 2005 年提出的「總額預算制度」(Global Budget System)的定義(全民健保醫療費用協定委員會,2005):「係指付費者與醫事服務提供者,就特定範圍的醫療服務,如牙醫門診、中醫門診,西醫門診或住院服務等,預先透過集體協商方式,訂定未來一段期間(通常為一年)內健康保險醫療服務總支出(預算總額),以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用,並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。」在醫療保險的設計中,支付制度是相當重要的一環,因為支付制度能創造經濟誘因,影響醫療提供者的執業行為,更能影響整體醫療體系的生態發展(盧瑞芬、謝啟瑞,2005)。近年來,在各國醫療保健服務費用不斷成長的趨勢下,支付制度更成為各國控制醫療費用成長的重要政策工具。關於總額支付制度的支付方式,可區分為支付單位及支付型態二種,分述如下(全民健保醫療費用協定委員會,2005;Fan, Chen&Kan, 1998; Yan, Hsu, Yang&Fang, 2010):

### (一) 支付單位

如果以組織為支付單位的方式,係指醫院或醫院某一部門為單位訂定年度預算。保險機構根據醫院之財務報表,參考醫院之類別、床數、佔床率等指標,再考慮該院過去之成本直接訂定總額預算。以服務類別為支付單位,是以全包方式訂定預算,依提供者型態(如門診、住院)及服務型態(如牙醫、中醫),但個別費用之分配仍依據申報之服務量或以論人計酬決定。

### (二) 支付型態

總額支付制度在實際運作上可分為支出上限與支出目標兩種,採行方式及實施部門(門診或住院)因各國在不同時機不同需求而異。支出上限制:係指預先依據醫療服務成本及其服務量的成長,設定健康保險支出的年度預算總額,醫療服務是以相對點數反映各項服務成本,惟每點支付金額是採回溯性計價方式,由預算總額除以實際總服務量(點數)而得,當實際總服務量大於原先協議的總服務量時,每點支付金額將降低,反之將增加。支出目標制:預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率,當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時,年度預算將會有結餘,但實際醫療服務利用量超過目標值時,超出部分的費用將打折支付,以適度反映醫療服務變動成本,因此實際支出可能超出原先設定目標。

各先進國家實施總額支付制度的方式並不一致,而且仍在持續演變中,其中有採支出上限制,也有採支出目標制,有以醫院為單位,也有以區域為單位,而分配的方式也因國情而有不同,而台灣目前實施的總額支付制度與其他國家的差異為:

1. 採單一保險人制。
2. 採支出上限制,總額以前 1 年的實付醫療費用加上經協定的成長值計算。
3. 採分區預算制,全國分為 6 區,逐年漸進達成依保險對象人數比例分配總額,各區按季再以論量計酬方式回溯計算每點金額支付醫療服務提供者,因此 6 區各季每點金額是浮動的。
4. 需保障或鼓勵之服務項目,採固定點值預先扣除,以保障其醫療服務費用,達成改善醫療生態健全體制的政策目的。
5. 中醫門診及牙醫門診有單獨的總額。
6. 初級照護費用未設單獨的門診總額,而因應國內特殊醫療體制與環境,區分為西醫基層總額與醫院總額(含門住診)。

我國參酌歐美先進國家針對醫療費用控制之策略研擬總額支付制度,並將其納入全民健康保險法之中,於適當時機分階段與特定團體協商後逐步實施,期盼能有效控制醫療費用的持續上漲。實施總額支付制度的優缺點如下(全民健保醫療費用協定委員會,2005):

1. 優點:可控制醫療費用的成長在合理範圍內;由於預知全年預算總額,可減少以量取酬的誘因,並配合醫療院所及醫師檔案析的運用,可使服務行為合理化;在固定年度總額的前提下,醫事服務團體可



以自訂支付標準及主導專業審查，專業自主權得以提升；可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理；藉由付費者與供給者共同協商，加強雙方成本意識，並使雙方權益顧及平衡。

2.缺點：參與協商的各方，如不具備充分的協調能力與準備，難使協議順利達成；總額支付制度必須配合其他支付基準，否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理；醫療服務提供者自主審查，如審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣的不公平現象；如事前缺乏完整的監控機制，則服務品質可能受到影響，導致被保險人的權益受損。

## 二、總額支付制度對醫院績效與醫療行為的影響

以醫療產業經濟學來看，產業制度會影響供給者的行為，而供給者行為的改變，亦會導致績效的變化。張朝凱與王一中評估總額預算下眼科醫師的醫療行為變化(張朝凱、王一中，2010)，研究結果發現：「基層診所一般案件總申報點數減少，而專案總點數則為增加，在醫院的部分，門診論病例計酬手術申報減少，而非論病例計酬手術則穩定增加。」羅紀琮與詹維玲探討醫院總額預算對費用單價與服務量的影響發現(羅紀琮、詹維玲，2007)：「總額的實施對不同層級、權屬與分局別醫院有不同程度的影響，醫學中心、財團法人醫院與台北、中區及高屏分局醫院申報的費用顯著增加，地區、公立及私立醫院與東部與南部分局醫院申報的費用顯著減少。」另有學者的研究指出：1.總額預算額度對均衡服務量和社會整體總服務量皆有正向的影響；2.在缺乏管理階層的協調與監督的情況下，個別醫療機構都有偏離同儕合作的誘因；3.在論量計酬制下擴充設備規模的醫療機構，在總額預算制實施後之均衡利潤會變小(許碩芬、楊雅玲、陳和全，2007)。也有多位學者提到：在總額支付制度實施後，醫療費用總額是固定的，然個別醫療院所的收入，仍取決於其所提供之醫療服務的多寡，醫院在考量其本身的利益下，選擇高服務量是不得不選擇的策略，主要是因為擔心競爭對手不配合，自己選擇低服務量反而蒙受損失[8]。

由上述的文獻來看，近年來，對總額預算制度的實施對醫院及醫療行為的影響之相關研究皆著重在單一科別(張朝凱、王一中，2010)，單一項目，如費用單價、服務量、醫院層級的影響(Yan, Hsu, Yang, Fang, 2010；張朝凱、王一中，2010)，較未看到較有系統性的從政策執行者與醫院管理者的角度來探討全面影響的議題，因此，本研究擬以不同角色觀點來切入，並以量性及質性研究並用的方式，嘗試探討此議題。

## 三、醫院績效的測量

醫院的績效是醫院永續經營的關鍵，然而在醫院績效實際測量上有其困難，加上台灣醫院的財務資料並未透明化，使得國內大多數的研究者均以 DEA 方法來評估生產力以間接評估醫院的營運狀況[7,8]。以下就國內外學者衡量醫院績效的構面及指標整理如下表 1。

表 1 醫院績效指標文獻彙整表

績 效 指 標	資料出處
出院病人的住院天數和醫院財務支出資料	Hofmarcher, Paterson, Riedel (2002)
營業利潤率、收入、補助金或捐款之歲入、佔有率、病人比例、門診病人比例、淨歲入	Eledenburg, Krishnan (2003)
1.投入項：醫師數、其他醫事人員數、總病床數。 2.產出項：門診人次、急診人次、住院人日。	董鈺琪、鍾國彪、張睿詒 (2000)
1.投入項：病床數、醫師人數、醫技人員數、行政人員數、事業成本。 2.產出項：門診人次、急診人次、住院人日、事業收入。	孫遜(2003)
1.投入項：醫師人員數、護理人員數、其醫事人員數、加權病床數。 2.產出項：門診人次、急診人次、加權住院人日。	陳仁惠、黃月桂 (2005)
1.醫療成效：院內感染率、住院死亡率、初次剖腹產率、平均住院日、跌倒發生率。 2.生產力績效：住院人數、住院人日、急診人次、門診人次、佔床率。 3.財務績效：醫療收入、藥品收入比、檢驗收入比、用人費用與業務成本比。	王美慧、陳瑞龍、林憬、江克儉(2005)
門診人次、每醫師門診生產力、住院人日、佔床率	彭彥璋、陳柏元、彭朱如、林金賢、黃銘章(2005)
1.顧客績效:病患對門住診滿意度、病患在醫院的平均住院天數、死亡率。 2.財務績效:總收入、總支出及毛利率。 3.員工績效:員工生產力、滿意度、離職率	賴美嬌、程春美、蔡武德 (2011)



綜合醫院績效指標的文獻資料，學者們通常衡量醫院的績效，主要是以門（急）診人次數、住院人日數、佔床率等為計算基礎。但是服務績效僅能評估醫院的服務量及概略收入，而無法呈現醫院的實際營運收入狀況，對醫院的實際財務績效便無法精確的評估。因此本研究也考量醫院實際的資源投入狀況，來審慎的評估各級醫院的真正產值與績效。從文獻中可發現，大多數的學者在衡量醫院實際的產出時，醫師人數及病床數或規模都被視為主要投入變項，所以本研究為使研究結果更真實的反映出醫院的實際營運狀況，也將以上的變項列為研究假構中，並納入量性研究資料分析中，以期能反映出總額支付制度實施後醫院績效的變化。醫療院所主要是以健保幾付為收入主要來源，比例約超過 80 % 以上，各醫院向健保局申報的醫療費用大致分成門診及住院兩部分，所以醫院的總收入即是向健保局申報之門診收入與住院收入二者的總額。因此，本研究以各醫院向健保局申請的門診費用及住院費用作為對醫院績效之測量。由於另有一部分自費項目，資料無法取得，故本研究不列入研究範圍。

## 參、研究方法

本研究在研究方法及資料蒐集方面，分別採用量性及質性研究方法來進行後續的研究分析。以下分二部份說明。

### 一、量化研究部份

為了解總額支付制度實施前後的實際狀況，本研究採用一套有系統的分析方法與程序，來驗證總額支付制度實施前後的差異是否達到統計上的差異，因此本研究將此量性研究的研究架構與假設、研究範圍及對象、資料來源與收集方法、研究變項操作型定義等內容詳細說明如后。進一步也可與質性研究的結果作實際的對照。

#### (一)研究架構及假設

根據研究目的及參考相關文獻，本研究以醫院的門診收入、住院收入及總收入三個項目來衡量總額支付制度對醫院的績效變化之情形。本研究之研究架構如圖 1 所示。本研究依據研究目的與研究架構，提出下列假設：

**假設 1：總額支付制度實施的前後，醫院的績效有顯著的差異。**

假設 1-1：總額支付制度實施的前後，醫院的門診收入績效有顯著的差異。

假設 1-2：總額支付制度實施的前後，醫院的住院收入績效有顯著的差異。

假設 1-3：總額支付制度實施的前後，醫院的總收入績效有顯著的差異。

**假設 2：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均績效有顯著差異。**

假設 2-1：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均門診收入績效有顯著差異。

假設 2-2：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均住院收入績效有顯著差異。

假設 2-3：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均總收入績效有顯著差異。

**假設 3：總額支付制度實施的前後，醫院每病床平均績效有顯著差異。**

假設 3-1：總額支付制度實施的前後，醫院每病床平均住院收入績效有顯著差異。

假設 3-2：總額支付制度實施的前後，醫院每病床平均總收入績效有顯著差異。

**假設 4：不同層級醫院績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。**

假設 4-1：不同層級醫院門診收入績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。

假設 4-2：不同層級醫院住院收入績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。

假設 4-3：不同層級醫院總收入績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。



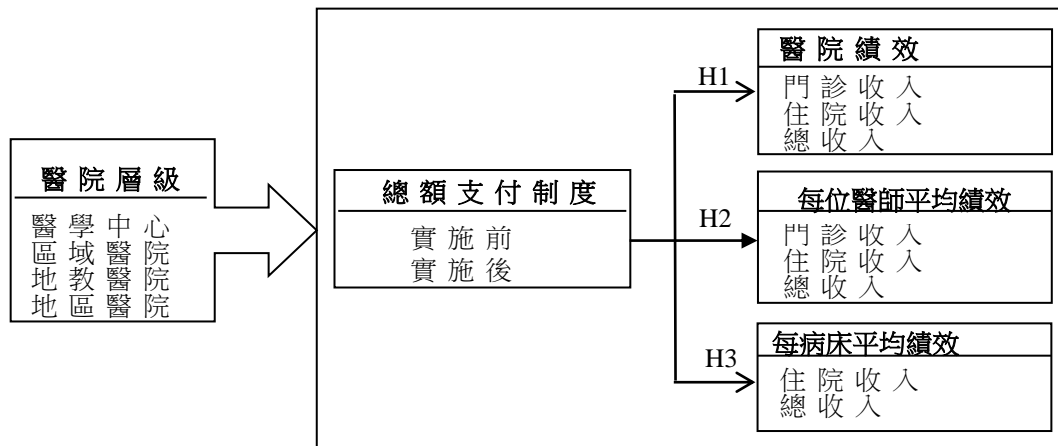


圖 1 研究架構圖

## (二) 研究範圍及對象

固於健保局資訊系統於 2003 年全面更替，在 2003 年以前有部分分局的資料無法完整取得，因此本研究的範圍主要以健保局南區分局及高屏分局轄區的醫院為主，個案醫院則以南部地區經醫院評鑑為地區醫院以上層級之醫院為研究醫院，兩個分局共包含雲林縣、嘉義縣、嘉義市、台南縣、台南市、高雄縣、高雄市、屏東縣及澎湖縣等 9 個縣市內，與健保局簽訂特約之地區醫院以上層級的醫院。按健保局 2005 年 12 月 31 日公佈之資料，與健保局簽訂特約之地區醫院以上層級的醫院家數，全國共計 511 家，分佈在南區分局有 78 家，而位於高屏分局則有 130 家，二個分局的特約之地區醫院以上層級醫院合計 208 家，佔全體健保特約醫院家數逾 40%。

由於醫院總額支付制度係自 2002 年 7 月 1 日起開始實施，而每年各總額部門之總額分配，係由費協會與健保局等相關單位於每年的 1 月 1 日訂定一整年之醫療費用總額度，考量醫療產業的季節因素，本研究資料期間係以醫院總額支付制度實施日為分界點，並以半年 6 個月期間為 1 個單位，前後各取 6 個單位，亦即醫院總額支付制度實施前的資料期間為 1999 年 7 月起至 2002 年 6 月止；醫院總額支付制度實施後的資料期間為 2002 年 7 月至 2005 年 6 月，前後各有 3 年的資料，醫院總額支付制度前後研究期間說明請見圖 2。因此，所選擇的研究醫院須在 1999 年 7 月 1 日以前即已開業，且至 2005 年 6 月 31 日止尚未歇業之地區層級以上的醫院，同時與健保局簽訂特約醫院，始列為本研究之對象。經彙整篩選，符合上述條件之醫院在健保局南區分局計有 64 家，在健保局高屏分局計有 103 家，故本研究預計選取之研究醫院共計 167 家。

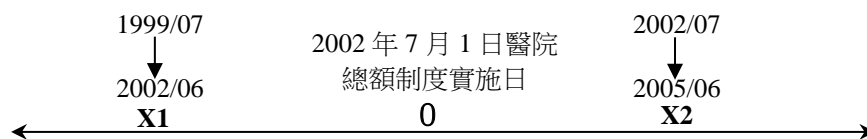


圖 2 醫院總額支付制度前後研究期間說明圖

## (三) 資料來源

本研究採次級資料分析，分析資料主要來自於健保局南區及高屏二個分局之資料庫的特約醫事服務機構申報之資料檔，資料擷取期間從 1999 年 7 月起至 2005 年 6 月止，共六年期間的資料，資料庫擷取內容說明如表 2 所示<sup>1</sup>。

<sup>1</sup>資料取得時間點主要依據總額預算實施前後三年的資料為分析的基礎，1999 年之前的電腦申報資料庫電腦系統與現今差異非常大，2006 年至 2010 年因健保局申報資料庫電腦系統修正頗多，為了總額預算實施前後數據資料比較基礎能趨於一致且能合理的比較，故資料收集時間只好往前推，是本研究的最大限制。但質性資料的部份可以彌補此部份的解釋力。



表 2 資料庫擷取內容說明

資料庫	資料內容說明
門診處方明細檔	資料檔使用之欄位為醫事機構代號、費用年月、就醫科別及申請金額等。
住院醫療費用清單明細檔	資料檔使用之欄位為醫事機構代號、費用年月、就醫科別及申請費用金額等。
執業資料記錄檔	資料檔使用之欄位為醫事人員身分證號、執照核發日期、執業異動別、執業異動日期、執業場所、醫事人員類別、執業狀況、異動日期、生效起日及生效迄日等。
醫事機構病床明細檔	資料檔使用之欄位為醫事機構代號、病床類別、給付起始日期、給付迄止日期、建檔日期、異動日期等。
醫事機構基本資料檔	資料檔使用之欄位為醫事機構代號、醫事機構名稱、機構地址、特約類別、及評鑑等級等。以便於與門診處方明細檔、住院醫療費用清單明細檔進行串檔及歸戶之用。

#### (四)研究變項操作型定義

臺灣實施總額支付制度是以醫療服務相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量點數大於原先協定預算總額時，每點支付金額將降低，反之則增加，因此，每年點數是浮動的且個個分局的點數價值不同。為求比較分析基礎一致性，所以將消費者物價水準變動納入考量；亦即以 1999 年的物價水準為基期，依行政院主計處「物價統計」資料，換算 2000 年至 2005 年的消費者物價年增率。行政院主計處「物價統計」資料見表 3。

表 3 消費者物價年增率表

年度	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
消費者物價年增率	0.17	1.26	-0.01	-0.20	-0.28	1.62	2.30
以 1999 年為基期之物價指數	1	1.0126	1.0125	1.0105	1.0076	1.024	1.0475

資料來源：行政院主計處「物價統計」

本研究變項及操作型定義依研究架構分為醫院績效、每位醫師平均績效及每病床平均績效三部分，定義分述如下：

##### 1. 醫院績效

- (1)門診收入：為半年內醫院每月向健保局申報門診處方明細，將各科申報金額彙整總計之累計數，並將此一累計數乘以西醫醫院總額各年度門診平均點值（有關西醫醫院總額各年度平均點值見表 4），換算成健保局給付予醫院的金額後，再乘以 1999 年為基期之各年度的物價指數而得之數。
- (2)住院收入：為半年內醫院每月向健保局申報住院醫療費用清單明細，將各科申請金額彙整總計之累計數，並將此一累計數乘以西醫醫院總額各年度住院平均點值（有關西醫醫院總額各年度平均點值見表 4），換算成健保局給付予醫院的金額後，再乘以 1999 年為基期之各年度的物價指數而得之數。
- (3)總收入：為門診收入加住院收入的合計數。

表 4 西醫醫院總額各年度平均點值表

結算年度別	項目	南區分局	高屏分局	全局
2002 年下半年	門住診			0.9568
2003 年全年	門診	0.8963	0.9233	
	住院	0.9776	1.0126	
2004 年上半年	門診	0.7724	0.7480	
	住院	1.0257	1.0094	
2004 年下半年	門診	0.8516	0.7568	
	住院	0.9583	0.9642	
2005 年上半年	門住診	0.912	0.8595	

資料來源：中央健康保險局



## 2. 每位醫師平均績效

醫院每半年之月平均醫師人數為半年內醫院每月月初向健保局申報的各科醫師人數累計數後，再除以6以計算當期間之月平均醫師人數。

- (1) 每位醫師平均門診收入：醫院的門診收入除以醫院每半年之月平均醫師人數所得之金額。
- (2) 每位醫師平均住院收入：醫院的住院收入除以醫院每半年之月平均醫師人數所得之金額。
- (3) 每位醫師平均總收入：醫院的總收入除以醫院每半年之月平均醫師人數所得之金額。

## 3. 每病床平均績效

醫院每半年之月平均病床數為半年內醫院每月月初向健保局申報的各科病床數累計數後，再 ÷ 6 以計算當期間之月平均病床數。

- (1) 每病床平均住院收入：醫院住院收入除以醫院每半年之月平均病床數所得之金額。
- (2) 每病床平均總收入：醫院總收入除以醫院每半年之月平均病床數所得之金額。

## 二、質性研究部份

由於從量化資料無法獲得醫院經營者及建保主管單位對總額支付制度實施的觀點，更難以窺見總額支付制度在台灣實施影響的全貌，因此，有必要進一步瞭解總額支付制度的實際執行者的觀點，祈提供政府相關單位在執行總額支付制度政策修訂之參考。本研究在量化研究部分外輔以質性研究，藉由深度訪談來搜集量化研究所不能獲得的訊息，俾在研究過程中幫助釐清及解釋量化研究資料。以下就本研究質性研究部份之深入訪談的方法與過程及訪談對象說明如下。

### (一) 研究方法與流程

本研究依量化分析資料及蒐集有關總額支付制度之相關資料，並再徵詢多位資深醫院經營者之綜合意見擬訂訪談大綱，以求具有專家效度，訪談大綱如表5所示。在進行訪談之前，研究者先親自拜訪或電話接洽訪談對象，說明研究的目的及研究進行方式，並將訪談大綱親送或傳送給受訪者先行核閱準備，經二、三天後再電洽受訪者是否同意接受訪談，如同意接受訪談時，會同時約定訪談的時間，由研究者至受訪者辦公室進行訪談。在訪談的過程中，本研究以數位錄音機紀錄訪談內容，每位受訪者預訂的訪談時間約為90分鐘，訪問紀錄撰寫會將受訪者的訪談內容原意，依據訪談的大綱與本研究所欲探討之相關因素，將其歸類、建立主題作成訪談紀錄，然後將訪問紀錄傳送或親交給受訪者確認。質性訪談與相關資料分析共費時一年的時間完成。

表5 質性研究深度訪談大綱表

項目大綱	訪談內容
1. 總額支付制度實施後對醫療產業的衝擊為何？	1.醫療生態方面(醫療環境生態)：如科別變化、醫院規模或財團化等 2.競爭程度現況。 3.市場大小區隔(市場規模大小或市場區隔狀況)及顧客來源。
2. 制度實施後對在醫院的經營上有何影響？	1.門、住診收入方面？ 2.病患自費項目訂定？ 3.醫院業務推展活動？ 4.醫師人力擴增(招募)或縮減情形？ 5.病床擴增或縮減狀況？ 6.護理及行政人力的增減情況？ 7.藥材採購方面？ 8.設備投資情況？
3. 制度實施後在醫院的管理上有何改變？	1.醫院的策略及目標訂立：差異化?或低成本? 2.醫院的部門組織與功能。 3.醫院的指揮領導系統。 4.醫院的績效衡量與控制系統。
4. 總額支付制度之政策、配套措施應有何改革之處？	您認為總額支付制度應有那些政策、配套措施或改革之處？





表 6 深度訪談受訪者基本資料

受訪者	服務機構	職稱	醫療相關資歷	備註
A	健保局 高屏分局	副經理	健保局服務 7 年、南區分局副理 4 年	負責督導分局 支出面業務
B	健保局 高屏分局	組長	健保局服務 10 年、南區分局組長 4 年	負責分局醫院 層級費用業務
C	醫學中心	主任	曾任區域醫院行政管理部主任 3 年、任醫學中心 行政管理中心主任逾 5 年。	負責醫院健保 申報業務督導
D	區域醫院	行政副 院長	擔任行政副院長 10 年以上	負責醫院健保 申報業務督導
E	區域醫院	副院長	擔任副院長逾 6 年、現為醫院登記之負責醫師。	負責醫院健保 申報業務督導
F	區域醫院	主任	擔任醫院院長辦公室主任職務逾 5 年	轄設管理中心 及秘書組
G	區域醫院	行政副 院長	擔任行政副院長 10 年以上	負責醫院健保 申報業務督導
H	地區教學醫院	主任	醫療事務部主任 5 年、擔任健保局審查醫師逾 10 年。	負責醫院健保 申報業務督導
I	地區教學醫院	院長	經營醫院 5 年以上、擔任健保局審查醫師逾 10 年、醫學院教授。	
J	地區醫院	院長	經營醫院 25 年以上、曾任區域醫院主任 10 年。	
K	地區醫院	院長	經營醫院 15 年以上	負責醫院健保 申報業務督導
L	地區醫院	院長	經營醫院 20 年以上	負責醫院健保 申報業務督導

## (二)訪談研究對象

本研究質性訪談的訪談對象為研究層級醫院的管理者、健保申報部門的主管與健保局管理人員，目的在探討醫院經營者與健保局的政策執行者對總額支付制度對醫院績效影響認知的差異。因此，本研究以立意抽樣方式在各層級醫院的訪談對象為醫院的院長或院長指定對醫院業務及支付制度熟悉之人員；而健保局訪談人選則為副經理及費用組組長，主要以曾在健保局南區分局及高屏分局服務，並且同時擔任督導支出面業務及負責醫院費用業務者為主要訪談對象。有關深度訪談的研究對象基本資料如表 6 所示。

## 肆、研究結果

本研究的分析結果共計有量性與質性的分析結果，量性研究所搜集的醫院兩個分局所轄屬的醫院共計有 167 家，但在健保局南區分局有 1 家醫院—奇美醫院台南分院係精神科專科醫院，屬非綜合性之醫院，因單一科別的專科醫院不適合列為研究的個案醫院，故本研究予以排除，故實際選取之研究醫院共計 166 家。質性研究的受訪人員以立意抽樣的方式共取得 10 位資深人員的深度訪談結果，以下將分析的結果分兩部份說明。

### 一、量化研究部份

#### (一)描述性統計結果

量性研究所搜集的範圍涵括健保局南區分局(63 家醫院)及高屏分局兩個分局(103 家醫院)，健保局南區分局的 63 家醫院中，包括醫學中心 2 家、區域醫院 11 家、地區教學醫院（以下簡稱為地教醫院）



7家及地區醫院43家；高屏分局的103家醫院中，包含醫學中心3家、區域醫院11家、地教醫院4家及地區醫院85家。166家醫院中共有醫學中心5家、區域醫院22家、地教醫院11家及地區醫院128家。

### 1. 醫師人數

總額支付制度實施後，各層級醫院的醫師人數是呈上升趨勢(詳見表7)。整體醫院的醫師人數由平均30.3人增加至33.3人，增加比率為10%；而在各層級醫院中，以區域醫院由總額支付制度實施前的71.4人增加至總額支付制度實施後的80.4人及地區教學醫院(以下簡稱地教醫院)由總額支付制度實施前的30.5人增加至34.3人為最高，增加比率皆為12.5%；其次是醫學中心由總額支付制度實施前的468.7人增加至509.2人，增加比率為8.6%；地區醫院亦由總額支付制度實施前的6.1人增加至總額支付制度實施後的6.6人，增加比率為7.8%。總額支付制度實施後，有63%的醫院醫師人數是成長的，即105家醫院於總額支付制度實施後醫師人數是增加；除有3家地區醫院層級的醫師人數在總額支付制度實施前後不變外，只有34.9%(58家)的醫院其醫師人數在總額支付制度實施後是下跌的。

### 2. 病床數

總額支付制度實施後，各層級醫院的病床數仍是呈上升趨勢(詳見表7)。整體醫院的病床平均數由總額支付制度實施前的179.1床增加至總額支付制度實施後的202.0床，增加比率為12.7%；而在各層級醫院中，以區域醫院增加最多，由總額支付制度實施前的487.3床增加至總額支付制度實施後的579.7床；其次是地區醫院，由總額支付制度實施前的69.4床增加至76.8床，增加比率為10.7%；接著是地教醫院，由總額支付制度實施前的276.9床增加至303.4床，增加比率為9.6%；最後是醫學中心亦由總額支付制度實施前的1,418.1床，增加至總額支付制度實施後的1,522.4床，增加比率為7.4%。總額支付制度實施後各層級醫院病床數比較分析，有近58.4%的醫院是成長的；另有16.3%醫院的病床數在總額支付制度實施前後並無變動，只有25.3%醫院的病床數在總額支付制度實施後是下跌的。

表7 各層級醫院平均醫師人數及平均病床數統計表(1999/7/1~2005/6/30)

項目		醫學中心	區域醫院	地教醫院	地區醫院	不分層級
醫師數	實施前平均人數	468.7	71.4	30.5	6.1	30.3
	實施後平均人數	509.2	80.4	34.3	6.6	33.3
	增減百分比	8.6%	12.5%	12.5%	7.8%	10.0%
病床數	實施前平均床數	1,418.1	487.3	276.9	69.4	179.1
	實施後平均床數	1,522.4	579.7	303.4	76.8	202.0
	增減百分比	7.4%	18.9%	9.6%	10.7%	12.7%

### 3. 醫院績效

總額支付制度實施後，從各層級醫院之整體醫院績效分析，在門診收入方面有區域醫院增加2.2%與地教醫院增加5.5%，而在醫學中心減少7.2%與地區醫院減少13.1%，全體醫院不分層級則是減少4.1%；在住院收入方面，不論全體醫院不分層級或是各層級醫院皆是增加，其中以地區醫院層級增加27.1%最高，其次為區域醫院層級增加25.6%，接下為地教醫院增加22.1%，醫學中心層級增加最少為5.9%，全體醫院不分層級是增加16.7%；在總收入方面則僅醫學中心層級減少0.3%，餘各層級醫院皆增加，全體醫院不分層級是增加6.0%(詳見表8)。

### 4. 每位醫師平均績效

總額支付制度實施後，從各層級醫院之每位醫師平均績效分析，在門診收入方面，全體醫院及各層級醫院均較總額支付制度實施前均為減少；在住院收入方面，除醫學中心於總額支付制度實施之後有減少(3.8%)外，餘各層級醫院及全體醫院均較總額支付制度實施前增加；在總收入方面，則除區域醫院層級仍於總額支付制度實施之後有增加(2.9%)外，餘各層級醫院及全體醫院均較總額支付制度實施前減少(詳見表8)。



表 8 不同層級醫院各項績效統計表 (1999/7/1~2005/6/30)單位：萬元

醫院層級	醫院績效			醫院每位醫師平均績效			每病床平均績效			
	總額實施前 平均金額	總額實施後 平均金額	增減 百分比	總額實施前 平均金額	總額實施後 平均金額	增減 百分比	總額實施前 平均金額	總額實施後 平均金額	增減 百分比	
門 診 收 入	醫學中心	117,420	108,960	-7.2%	254.2	212.9	-16.3%	---	---	---
	區域醫院	24,250	24,780	2.2%	329.6	296.3	-10.1%	---	---	---
	地教醫院	10,390	10,960	5.5%	347.5	313.4	-9.8%	---	---	---
	地區醫院	2,330	2,020	-13.1%	415.7	341.4	-17.9%	---	---	---
	不分層級	9,230	8,850	-4.1%	394.9	329.7	-16.5%	---	---	---
住 院 收 入	醫學中心	129,190	136,820	5.9%	283.9	273.1	-3.8%	92.3	93.0	0.8%
	區域醫院	22,400	28,140	25.6%	320.9	373.1	16.3%	45.3	48.5	7.0%
	地教醫院	9,110	11,110	22.1%	305.7	324.7	6.2%	34.9	39.0	11.8%
	地區醫院	1,570	2,000	27.1%	242.2	296.9	22.6%	22.0	25.8	16.8%
	不分層級	8,670	10,130	16.7%	258.1	308.1	19.4%	28.1	31.7	12.7%
總 收 入	醫學中心	246,610	245,750	-0.3%	538.1	485.9	-9.7%	174.0	165.4	-4.9%
	區域醫院	46,650	52,920	13.4%	650.5	669.4	2.9%	95.1	90.9	-4.4%
	地教醫院	19,500	22,070	13.2%	653.2	638.0	-2.3%	75.2	77.6	3.3%
	地區醫院	3,880	4,020	3.4%	654.7	638.2	-2.5%	64.5	61.5	-4.6%
	不分層級	17,900	18,980	6.0%	650.5	637.8	-2.0%	72.6	69.6	-4.0%

### 5. 每病床平均績效

總額支付制度實施後，從各層級醫院之每病床平均績效分析，在住院收入方面，不論全體醫院或各層級醫院均較總額支付制度實施前增加；在總收入方面，則僅地教醫院層級仍於總額支付制度實施之後有增加（3.3%）外，餘各層級醫院及全體醫院均較總額支付制度實施前減少（詳見表 8）。

### (二) 總額支付制度實施對醫院各項績效的差異比較

#### 1. 總額支付制度對各績效之差異比較

總額支付制度對整體醫院績效的差異比較分析結果如表 9 所示，在門診收入方面，總額支付制度實施前的平均績效，大於實施後的平均績效，但未達統計上顯著的差異；而在住院收入方面，總額支付制度實施後的平均績效，大於實施前的平均績效，顯示制度的實施有顯著的提高醫院的住院收入（ $t = 4.782$ ， $p < 0.001$ ）；另在總收入方面，總額支付制度實施後的平均績效，亦大於實施前的平均績效，顯示制度的實施有顯著的提高醫院的住院收入（ $t = 2.060$ ， $p < 0.05$ ）。

另從表 9 也可得知，醫師人數部分，總額支付制度實施後平均醫師人數增加 3.0 人，細表示制度實施後平均醫師人數有顯著增加（ $t = 3.560$ ， $p < 0.001$ ）；另總額支付制度實施對每位醫師平均績效的影響，在門診收入方面，總額支付制度實施前的平均績效，大於實施後的平均績效，顯示制度的實施有顯著的減少每位醫師平均門診收入（ $t = -5.736$ ， $p < 0.001$ ）；而在住院收入方面，總額支付制度實施後的平均績效，大於制度實施前的平均績效，顯示制度的實施有顯著的提高每位醫師的平均住院收入（ $t = 4.893$ ， $p < 0.001$ ）；另外，在總收入部分方面，總額支付制度實施前的平均收入，雖大於制度實施後的平均績效，顯示制度的實施對每位醫師的總收入並無顯著差異。

在平均病床數部分，總額支付制度實施後平均病床數增加 22.9 床，顯示出制度的實施後平均病床數有顯著的增加（ $t = 5.547$ ， $p < 0.001$ ）；再者，總額支付制度實施對醫院每病床平均績效的影響，在住院收入方面，總額支付制度實施後的平均績效，大於制度實施前的平均績效，每病床平均績效增加 3.6 萬元，因此，顯示制度的實施有顯著的提高每平均病床的收入（ $t = 4.376$ ， $p < 0.001$ ）；然而在總收入方面，總額支付制度實施前的平均績效，雖大於制度實施後的平均績效，但未達統計上顯著的差異。



表9 總額支付制度實施對醫院各項績效影響之分析結果單位：萬元

依變項	績效項目	總額前	總額後	平均差值	標準差	t 值	P 值
醫院績效	門診收入	9,234.2	8,851.2	-383.0	3,884.4	-1.271	0.206
	住院收入	8,674.8	10,127.3	1,452.5	3,913.3	4.782	0.000***
	總收入	17,898.6	18,976.0	1,077.4	6,739.2	2.060	0.041*
每位醫師平均績效	醫師人數	30.3	33.3	3.0	10.92	3.560	0.000***
	門診收入	394.9	329.7	-65.2	146.4	-5.736	0.000***
	住院收入	258.1	308.1	50.0	131.8	4.893	0.000***
	總收入	650.5	637.7	-12.8	222.5	-0.738	0.461
每病床平均績效	病床數	179.1	202.0	22.9	53.05	5.547	0.000***
	住院收入	28.1	31.7	3.6	10.5	4.376	0.000***
	總收入	72.6	69.6	-3.0	22.7	-1.667	0.097

備註：\*表  $p < 0.05$ ；\*\*表  $p < 0.01$ ；\*\*\*表  $p < 0.001$

## 2. 總額支付制度對各層級醫院績效之差異比較

總額支付制度對各層級醫院績效之影響如表 10 所示，在門診收入上以醫學中心層級醫院減少最多，於制度實施前後，不同層級醫院的平均門診收入達到統計上顯著差異 ( $F=7.411$ ,  $p < 0.001$ )；在住院收入上，醫學中心與區域醫院相對成長較多，較地教醫院與地區醫院增加，於制度實施前後，不同層級醫院的平均住院收入有顯著的差異 ( $F=26.277$ ,  $p < 0.001$ )；在總收入部分，區域醫院層級增加最多，而地區醫院層級成長相對較低，於制度實施前後，不同層級醫院的平均總收入有顯著差異 ( $F=6.857$ ,  $p < 0.001$ )。

表 10 總額支付制度實施對各層級醫院績效影響之分析結果單位：萬元

自變項	平均數	標準差	F 值	P 值	事後比較
門診收入			7.411	0.000***	2>3>4>1
1.醫學中心	-7502.12	20661.20			
2.區域醫院	775.01	3545.17			
3.地教醫院	682.46	1976.39			
4.地區醫院	-289.84	1056.94			
住院收入			26.277	0.000***	1>2>3>4
1.醫學中心	9037.94	14263.97			
2.區域醫院	6076.70	6043.39			
3.地教醫院	2135.77	1867.01			
4.地區醫院	450.33	1293.86			
總收入			6.857	0.001***	2>3>1>4
1.醫學中心	1534.34	33198.41			
2.區域醫院	6851.30	9161.81			
3.地教醫院	2818.04	3575.94			
4.地區醫院	174.32	2020.90			

備註：1.\* $p < 0.05$ ；\*\* $p < 0.01$ ；\*\*\* $p < 0.001$

## 二、質性研究部份

總額支付制度將醫療費用控制在一定的額度中，對於醫療產業的科別生態、醫院規模、競爭程度及



市場區隔造成的變化，將會影響醫院的經營績效，本研究期望透過深度訪談瞭解總額支付制度實施後對醫療產業的衝擊，以為說明及驗證制度的實施對醫院績效之影響。針對受訪者深度訪談結果，依健保局人員及醫院經營者之觀點以及二者差異之處，重點紀錄摘要可分為：(1)總額支付制度實施後對醫療產業的衝擊；(2)總額支付制度實施對醫院經營的影響；(3)總額支付制度實施後在醫院管理的改變；(4)總額支付制度的實施在各相關單位應改善或配合之處。茲將訪談結果彙整如表 11。

## 伍、結論與建議

### 一、研究結論

#### (一)量性研究結果

根據本研究之量化分析，總額支付制度對醫院各項績效的影響，經實證研究後，表 12 列出本研究假說驗證之結果，在 11 項研究假設中有 8 項獲得支持，3 項不獲得支持。

表 12 量化研究實證結果與假說驗證

假 設 內 容	驗證結果
<b>假設 1：總額支付制度實施的前後，醫院的績效有顯著的差異。</b>	
假設 1-1：總額支付制度實施的前後，醫院的門診收入績效有顯著的差異。	不支持
假設 1-2：總額支付制度實施的前後，醫院的住院收入績效有顯著的差異。	支持
假設 1-3：總額支付制度實施的前後，醫院的總收入績效有顯著的差異。	支持
<b>假設 2：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均績效有顯著差異。</b>	
假設 2-1：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均門診收入績效有顯著差異。	支持
假設 2-2：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均住院收入績效有顯著差異。	支持
假設 2-3：總額支付制度實施的前後，醫院每位醫師平均總收入績效有顯著差異。	不支持
<b>假設 3：總額支付制度實施的前後，醫院每病床平均績效有顯著差異。</b>	
假設 3-1：總額支付制度實施的前後，醫院每病床平均住院收入績效有顯著差異。	支持
假設 3-2：總額支付制度實施的前後，醫院每病床平均總收入績效有顯著差異。	不支持
<b>假設 4：不同層級醫院績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。</b>	
假設 4-1：不同層級醫院門診收入績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。	支持
假設 4-2：不同層級醫院住院收入績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。	支持
假設 4-3：不同層級醫院總收入績效在總額支付制度實施後有顯著性差異。	支持

從研究結果發現，總額支付制度實施後對醫院績效的影響，除了在醫院門診收入、每位醫師平均總收入及每病床平均總收入上無顯著性的差異之外，總額支付制度對醫院其餘的績效都有顯著的影響。從研究發現，總額支付制度實施後門診收入雖較總額支付制度實施前為低，但總額支付制度實施後的住院收入是較總額支付制度實施前為高，因此醫院的總收入是增加的，與醫界普遍認為總額支付制度實施後減少收入並不一致。醫界認為總額支付制度實施造成收入減少，但從研究結果，總額支付制度實施前後並未有顯著性差異。另外，從不同層級醫院於總額支付制度實施前後績效差異分析，在門診收入、住院收入及總收入方面皆有顯著性的差異。在門診收入方面以醫學中心層級的醫院於總額支付制度實施後減少最高，並且與其他層級的醫院有顯著性的差異。而在住院收入方面，醫院層級愈高者增加愈多，醫學中心與區域醫院住院收入的增加較地教醫院與地區醫院住院收入的增加具有顯著性的差異。然而，在總收入方面，區域醫院總收入的增加較地區醫院總收入的增加有顯著性的差異。



表 11 健保局人員及醫院經營者對總額預算制度實施之質性訪談觀點彙整對照表

訪談項目	健保局人員觀點 (N=2)	醫院經營者觀點 (N=10)	二者差異之處	
對醫療產業的衝擊	科別生態	低成本、風險小及高附加價值科別發展較好。支付標準是主因。	總額及其配套措施下，醫院必以利潤為導向，選擇利潤較好之科別。	二者看法大致相同
	醫院規模	醫院規模朝大者恒大，小者差異化之兩極化之發展。體質差的地區醫院，會萎縮成診所或關閉。	為求利潤最大化會有經濟規模的考量，醫院規模朝向大型及財團化發展；地區醫院不是擴充成中大型醫院，便是萎縮為基層診所。	二者看法大致相同
	市場競爭程度	有行政介入，醫院間的競爭會較緩和；總額實施迄今，醫院業務量維持穩定，競爭程度漸趨緩。	1.醫院之間的競爭仍存在。 2.區域級以上的醫院大部分認為競爭程有趨緩。地區醫院則感受競爭程度較激烈。	地區醫院經營者認為爭較劇與健保局人員觀點不同
	市場區隔顧客來源	1.民眾就醫會傾向方便性。 2.健保策略會引導大醫院願意接受重病患者，地區醫院往專科化或社區化經營。	1.市場大小及顧客來源區隔，取決於醫院的科別、屬性及地理位置。 2.地區醫院認為介於大醫院及診所之間，須往專科化或社區化的經營。	二者看法大致相同
對醫院經營的影響	門住診收入的影響	1.門、住診的點數是有增加，但實質給付收入未必增加。 2.總收入還是有增加，只是其邊際利潤是有遞減。	1.區域以上層級醫院表示，門診有減少而住院是有增加，收入比例會往住院部分加重。 2.地教及地區醫院則表示，門、住診收入皆有減少。	健保局人員認為總收入是增加，醫院認為門診減少，而住院部分是增加；在地區醫院經營者認為不論是門診或住院收入皆減少。
	自費項目變化	自費項目有明顯的增加，尤其是灰色邊緣的項目，醫院原則上儘量列為自費項目。	灰色地帶項目直接成自費項目；區域級以上醫院會致力增加自費項目；地教及地區醫院則表示自費項目很少。	二者看法大致相同，惟地區醫院經營者表示不容易有新增加自費項目。
	業務推展影響	醫院不會推展健保的項目，而推展非健保的項目。一些新成立或成長型醫院還是會積極推展健保項目。	不會刻意去推展健保業務，會致力推展自費項目。另有醫院推展社區健康。地教及地區醫院則推展健保給付之業務為主。	區域以上醫院經營者與健保局人員看法頗為一致，但地教以下醫院經營者看法卻是不同。
	人力方面改變	醫師人力仍是緩慢增加，護理人員可能是會縮減，行政人員，除申報人員會有增加外，餘應會減少。	1.區域級以上醫院表示，人力並未減少但薪資有降低。 2.地教及地區醫院認為醫師人力增加，其他人力未減少。 3.護理及行政等人力，各層級醫院表示皆有增加，主因係醫院評鑑之故，增加的人員大都是非正式或部分工時人員。	1.醫師人力上，二者看法一致。 2.護理及行政等人力，健保局人員認為是減少，醫院經營者表示受醫院評鑑限制不減反增。
	病床設備投資	1.病床仍有增加。 2.在設備投資上，大醫院仍有軍備競賽，而一般設備的購置及汰換會減緩。	地教層級以上醫院表示，病床會依大環境而調整；高科技設備投資會選擇附加價值高的設備。而一般設備汰換與購置會更謹慎及趨緩。而地區醫院表示病床與設備差不多沒變。	健保局人員認為病床數增加，但醫院經營者看法不同。在設備投資及汰換上，二者看法相同。
	藥材採購	醫院必然會往低成本、低價格的方向進行。	由醫院的藥委會審核決定，往低成本、低價格的方向進行是必然的。	二者看法頗為一致性。
對醫院管理的改變	1.總額制度實施讓醫院更重視管理。 2.醫院策略與目標端看健保局策略。	1.醫學中心：醫院更積極、更有效的管理。 2.區域醫院：成立經營管理委員會，以迎合健保快速變化的措施。 3.地教及地區醫院：沒有太大的改變。	區域以上醫院經營者與健保局人員看法頗為一致，但地教以下醫院經營者看法有些不同。	
應改善或配合之處	1.無法真實反映醫療需求。 2.應以結果 (Outcome) 給付。 3.西醫基層與醫院之總額應合併。 4.採論人計酬制，讓照護病人回歸專業上。	1.總額支付制度是有必要實施。 2.醫院的門診與診所的門診屬性相同，不需要劃分。 3.訂立合理競爭機制，無須過度保護。資訊公開以維公平對等原則。 4.總額額度訂立後，新增給付項目要有相對的財源。	健保局人員強調採論人計酬制，而醫院經營者主張總額額度訂立後，新增給付項目，要有相對的財源。	



以往大醫院過多的門診人數，使得大醫院變成大型的聯合診所，醫學中心醫師教學、研究的功能漸漸喪失，急重症病患醫療資源被迫擠壓。總額支付制度實施後整體醫院的門診收入雖未呈現顯著性下降，但是住院收入部分則有顯著性的提高，其中醫學中心層級醫院的門診收入減少最高，而在住院收入方面則為醫院層級愈高者增加愈多，這與推行總額支付制度政策目的相吻合，使醫學中心降低輕症的門診業務，而增加照顧、診治重症患的住院業務，使急重症病患獲得更好的醫療照護。

## (二) 質性研究結果

### 1. 總額支付制度實施對醫療產業的衝擊

總額支付制度實施後，醫院的醫療科別生態方面，會有排擠、挪移的情形，雖然科別主要是受人口結構與社會變遷影響，但在醫療費用總額的限制下，醫院會選擇將資源往較容易執行或成本小、風險低的科別移動。而在醫院的規模方面，會往大型化及財團化的發展，由於總額的限制，因為醫院為追求永續經營，必需要經濟規模才能降低成本、提高利潤。在市場競爭程度方面，不同的區域受行政介入之有無，而影響市場競爭程度的不同；不同層級醫院的受訪者對競爭程度感受也不同，區域級以上醫院認為競爭趨緩，而地區醫院則感覺競爭更劇烈。在市場區隔與顧客來源方面，幾乎所有的受訪者都認為制度的實施，對於市場大小及顧客來源的區隔並不影響。

### 2. 總額支付制度實施對醫院經營管理的影響

總額支付制度下的各項配套措施是影響醫院門、住診收入最主要因素。從本研究訪談結果，區域以上層級醫院由於部分負擔的調高及健保措施，比較不會依賴門診業務，會思考住院業務朝向 CMI 值較高的重症發展，這與推行總額支付制度政策目的相吻合(大醫院醫重病)，使大醫院增加照顧、診治重症病患的住院業務，讓急重症病患獲得更好的醫療照護；如果從醫院的自費項目訂定及業務推展之影響來看，兩方面人員皆認為，總額支付制度的實施後，醫院會積極的開發自費項目，醫院會將健保給付的灰色邊緣項目直接變成自費項目。因此，醫院必然積極的推展非健保的業務，但亦有少數的醫院經營者著眼於未來論人計酬制的實施，推展社區衛教，建立社區就醫脈絡；對於醫院的人力變化方面，各醫院為維持其市場佔有率，醫師人力有緩慢的增加。而在護理人力及行政人力方面，各醫院表示受醫院評鑑影響並無縮減，但是趨向僱用臨時或部分工時人員以降低成本。另外，從病床、設備投資及藥材採購而言，醫院的病床仍然持續的增加，高科技設備的投資並不會受總額支付制度的影響，醫院為了維持醫院的競爭優勢，大型醫院仍有高科技設備的投資，但是對於一般設備的購置與汰換，受總額額度之限，各層級醫院會趨緩或停滯。而在藥材採購方面，此制度的實施會促使醫院往低成本、低單價的藥品的方向加速進行。總額支付制度實施後，多數的受訪者表示會促使醫院更重視管理，但是醫院的目標及策略的訂立，卻是隨著健保局的策略及措施而改變，然而不同層級的醫院規模落差很大，地教層級以上的醫院有一定的規模制度，較有能力因應健保局的策略異動，而地區醫院並無人力及能力應變。

### 3. 總額支付制度應配合與改善措施

在醫療資源的有限及適當使用，總額支付制度確實是需要實施。但依過去表現為基礎訂立總額額度，其實無法真實反應醫療需求。每年的總額額度訂出後，在公平合理原則下，政府要再增加給付項目時，須有相對的財源。在每年的總額額度訂出後，為避免僅是將錢分出來，卻沒辦法讓錢用在該用的地方，支付標準應以結果 (Outcome) 給付，採論人計酬制，並將屬性相同的西醫基層總額與醫院總額合併，且要明訂各層級要付的責任。

## (三) 量性與質性研究結果比對

依據本研究在量性及質性的研究結果彙整出表 13 的研究結果對照，以期能找出實際與不同觀點人員對總額支付制度實施後對醫院績效的影響之看法。

<sup>2</sup> 病例組合指數(case-mixed index, CMI):係指以診斷關係群之相對權值所計算出來之病例組合指數，可做為評估疾病嚴重度(disease severity)之參考指標。病例組合之發展因目的、病人分類特質、適用之病人、適用之部門、反映病人嚴重度之程度等而異，但儘量考量臨床同質性、成本(資源耗用)同質性及若干臨床特質，如年齡、性別、診斷、處置、手術分類、併發症、病人功能、功能之改善程度、住院以前已有之病況、病徵及症狀以及患者出院狀態等。



表 13 量性與質性研究結果對照表

對照項目	量性研究結果	質性研究結果	比較結果
門診收入	醫學中心與地區醫院減少，區域與地教醫院增加，整體而言，未達統計上顯著的差異	1.區域以上層級醫院表示，門診收入減少；地教及地區醫院認為門診收入減少。 2.健保局人員:門診點數會增加，但實質給付收入未必增加。	除了區域與地教醫院門診收入增加，與質性研究結果稍有出入，其餘大致相同
住院收入	全部層級的醫院住院收入皆增加，實證結果顯示制度的實施使醫院的住院收入有顯著的增加	1.區域以上層級醫院表示住院收入增加；地教及地區醫院認為住院收入減少。 2.健保局人員:住院點數會增加，但實質給付收入未必增加。	實證結果與區域級以上層級醫院管理者看法一致，與地教及地區醫院和健保局人員觀點不一致
醫院的總收入	顯著性增加，區域醫院較地區醫院在總收入績效上是有顯著性的差異。	1.醫院經營者:減少。 2.健保局人員:總收入增加。	實證結果與醫院管理者看法不一致，與健保局人員觀點一致
醫院每位醫師平均績效	1.平均門診收入績效顯著性減少 2.平均住院收入績效顯著性增加 3.總收入無顯著的差異	1.醫院經營者:減少。 2.健保局人員:總收入增加。	結果不一致
醫師人數	顯著性增加	1.區域級以上醫院表示，人力並未減少；地教及地區醫院認為醫師人力增加。 2.健保局人員:醫師人力會緩慢增加。	結果一致
病床數	顯著性增加	1.地教層級以上醫院表示，病床會依大環境而調整；地區醫院表示病床與設備差不多沒變。 2.健保局人員:增加。	實證結果與醫院管理者看法不一致，與健保局人員觀點一致
不同層級醫院績效差異	1.門診收入:醫學中心層級的醫院減少最多 2.住院收入:醫院層級愈高者增加愈多 3.總收入:區域醫院總收入的增加較明顯。	會有差異(減少的看法居多)	結果不一致

## 二、管理意涵

### (一)對醫院經營者

總額支付制度實施後，醫院競相擴增服務量，來提高健保申報費用點數，醫院的支出成本亦會隨著增加，然而實際的收入不見得會增加。研究發現，全體醫院不分層級醫院的總收入績效上，於向健保局申請費用在總額支付制度實施前平均為 180.8 百萬點，制度實施後平均為 210.9 百萬點，點數成長率為 16.6%，但換算成點值及考量物價水準後，實質的總收入績效卻僅成長 6%，而醫院在總額支付制度實施後醫師人數成長 10%，病床數也成長 12.7%，實質的總收入並未相對比率的成長。所以在總額支付制度實施後，各醫院推展業務需考慮外在競爭的環境，尋找屬於自己的優勢來發展，另外也要積極開闢非總額業務部分等非健保項目。總額支付制度的實施是時勢所趨，醫院的經營已不能如同過去僅靠增加醫療服務量來提昇醫院收入，而須摒棄舊思維，應從管理的層面積極著手，同時兼顧成本及差異化，在醫院內部管理上，以強化組織體質，積極改善內部效率，加強成本意識，持續提升醫療品質，以應外界變動的環境。

### (二)對健保政策執行者

總額支付制度實施後點值的管控一直是健保局最重要的目標之一，本研究發現，總額支付制度之實施，仍然以論量計酬的方式申報費用，各醫院預期點值會下降，在避免預定損失情況下，多數醫院會更努力執行業務，導致點數突增，為避免醫院間的惡性競爭，健保局應有配套措施來介入運作。總額支付制度實施後，健保財務上獲得控制的同時，健保局除了應將點值管控得宜以免受醫界的反彈外，對於民眾最關切的醫療品質，應投注更多的心力，積極的建立一套完整的機制，上網公佈醫療院所的醫療品質數據，讓需要的民眾可方便查詢，透過全體人民的力量監控醫院的醫療品質。本研究發現，給付項目是影響醫療科別生態主因之一，





而總額支付制度的實施有加速改變之效，為了使健保更有效率，對於現行的醫療給付項目應重新檢討，必須要將醫療技術的風險性、難易程度，時間長短均列入給付的考量當中，即門診的相對給付降低，而住院給付提高，以避免因給付造成醫療生態的扭曲。

### (三)對後續研究者之建議

本研究限於人力、經費及時間，僅能研究南部 9 縣市的醫院在總額支付制度實施前後三年醫院績效之影響，由於個案醫院樣本僅是健保局南區及高屏二個分局轄區之醫院，所以建議後續研究者如能將健保局六個分局的資料納入探討，對於總額支付制度實施後醫療市場及醫院績效，應該會更全面的瞭解。另外，本研究的量化資料，僅是各醫院向健保局申報費用的相關資料，對於各醫院非屬健保的自費項目及非財務績效(部份並未納入，所以無法瞭解各醫院績效的全貌，所以後續研究者可以用問卷方式，加入醫院的非屬健保的自費項目收入、非財務績效來作比較分析，可使研究推論更臻完整。

### 三、研究限制

本研究主要針對南部 9 縣市醫院進行研究，因健保局資訊系統全面更新，無法完整取得全國各層級醫院之資料，並且健保局各分局的點值也有所不同，故本研究結論無法推論至南部以外地區之醫院績效。此外，由於台灣的醫院財務並未透明化，故自費項目的收入無法取得，也無法得知在總額支付制度實施後，自費項目及自費收入是否有明顯的變化及增減，是本研究最大的限制。

### 參考文獻

- 王美慧、陳瑞龍、林愷與江克儉 (2005)。醫院績效衡量之研究—以花蓮某區域醫院為例。**顧客滿意學刊**，1(2)，107-130。
- 王媛慧與李文福(2004)。我國地區醫院技術效率之研究—DEA 方法的應用。**經濟研究**，40(1)1，61-95。
- 全民健康保險醫療費用協定委員會 (編)(2005)。全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯，取自：  
<http://www.doh.gov.tw/newdoh/90-org/org-9/org-12.htm>。
- 陳仁惠與黃月桂 (2005)。不同權屬與評鑑等級醫院之效率評估--DEA 法之應用。**醫護科技學刊**，7(4)，346-362。
- 陳欽賢、劉彩卿、林建仁、朱子斌與邱文達 (2003)。總額支付制度下醫院同儕行為之競合：賽局理論分析。**醫務管理期刊**，4，68-79。
- 孫遜 (2003)。台北市立綜合醫院營運績效評估之研究。**管理學報**，20，993-1022。
- 張朝凱與王一中 (2010)。評估總額預算下眼科醫師做為醫療供給者的行為變化：從競爭的公眾悲劇轉為合作的納許平衡。**中華民國眼科醫學會雜誌**，49，1-7。
- 許碩芬、楊雅玲與陳和全 (2007)。社會困境？：全民健保總額預算制下醫療提供者策略的均衡分析。**管理學報**，24，155-66。
- 彭彥璋、陳柏元、彭朱如、林金賢與黃銘章 (2005)。醫院策略與環境外部配適對績效影響之實證研究。**醫務管理期刊**，6(4)，399-428。
- 董鈺琪、鍾國彪與張睿詒 (2000)。綜合教學醫院推行品質管理與營運績效之關係研究。**中華公共衛生雜誌**，19(3)，221-230。
- 盧瑞芬與謝啟瑞 (2005)。**醫療經濟學**。台北：學富文化。
- 賴美嬌、程春美與蔡武德 (2011)。員工休閒活動與健康促進生活型態對醫院績效之影響。**商業現代化學刊**，6，31-52。



- 羅紀琮與詹維玲 (2007)。醫院總額預算對費用單價與服務量的影響初探。臺灣公共衛生雜誌，26，261-9。
- Fan, C. P, Chen, K. P. & Kan, K. ( 1998). The design of payment systems for physicians under global budget : an experimental study. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 34(2), 295-311.
- Eledenburg, L. & Krishnan, R. (2003). Public versus private governance: a study of incentives and operational performance. *Journal of Accounting & Economics*, 35(3), 377-404.
- Hofmarcher, M. M., Paterson, I. & Riedel, M. (2002). Measuring hospital efficiency in Austria- a DEA approach. *Health Care Management Science*, 5(1), 1-14.
- Yan, Y. H., Hsu, S., Yang, C. W. & Fang, S. C. (2010). Agency problems in hospitals participating in self-management project under global budget system in Taiwan. *Health Policy*, 94(2), 135-143.

