

壹、基礎篇

總額基本概念

問 1：何謂總額支付制度？

答：是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，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為 1 年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），藉以控制醫療費用於預算範圍內的一種制度。由於英文稱「global budget system」，因此也譯為「總額預算制度」。

問 2：總額支付制度有多少種類？

答：總額支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：

一、支出上限制（expenditure cap，浮動點值）：

即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。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

二、支出目標制（expenditure target，固定點值）：

即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。

問 3：總額支付制度與論量計酬的差別在哪裡？

答：在論量計酬制度下，對醫事服務提供者比較缺乏節約誘因，常藉以量制價、鼓勵多次就醫或分次住院等策略，以提高收入，致使醫療費用支出節節高漲，醫療資源配置也受到扭曲。實施總額支

付制度則為加強整體醫療費用控制,促使醫療資源合理運用之目的,透過協商機制,利於解決「資源有限」的基本問題,以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突,並可透過醫療費用總額預算的重新分配,解決資源分配不均的問題,促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。茲將兩種制度比較如下:

區 分	總額支付制	論量計酬制
費用控制	因預知年度預算總額,醫事服務提供者將發揮同儕制約的效果,促使醫療費用的成長趨於合理。	醫事服務提供者因無須分擔財務風險,缺乏節約醫療資源的誘因,致易提供過度醫療服務,促使醫療費用上漲。
醫師診療模式	減少醫事服務提供者以量取酬的誘因,使服務量合理化。	醫師不必考慮保險成本,容易增加服務量與服務密度。
行政作業	醫事服務機構的輔導作業,可由醫師公會內部參與規範及運作,賦予醫療專業團體較大的自治空間。	由健保局對特約醫事服務機構進行輔導作業。
專業自主性	支付標準訂定及醫療服務審查由供給者主導,是以醫事服務提供者擁有高度專業自主權。	支付標準訂定及醫療服務審查由保險人主導,相較之下,醫事服務提供者的專業自主性較低。
病人求診行為	醫師為提高每點金額,且在同儕制約下,病人求診次數不易受到誘發。	醫師為提高收入,易產生誘發病人求診的情況。

問 4：總額支付制度有何優缺點？

答：優點：

- 一、透過付費者與醫事服務提供者共同協商,可解決供需雙方利

益的衝突，付費者不能無限制要求增加給付、減少負擔，醫事服務提供者亦不能無節制的要求增加醫療費用支出，醫療費用的成長得以控制在合理範圍內。

- 二、醫事服務提供者由於預知全年預算總額，可減少以量取酬的誘因，鼓勵服務效率的提升，使錢得以用在刀口上。
- 三、將品質及民眾健康納入總額協商公式，期導正醫療行為，提升醫療服務品質及國民健康。另參考醫療網計畫分配地區預算，以促進醫療資源合理分布及醫療社區化。
- 四、增加醫事服務團體參與專業審查、支付制度改革等機會，專業自主權得以提升；另一方面可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理。

缺點：

- 一、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。
- 二、總額支付制度必須配合其他支付基準（如論人計酬、論病例計酬等），否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理。
- 三、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。
- 四、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。

問 5：為何要實施總額支付制度？

- 答：一、鑑於醫療費用的急速成長，公勞農保時期採論量計酬支付制度，造成財務嚴重虧損，同時為落實自給自足的財務責任制度，全民健康保險在第 1 期及第 2 期規劃時，即將總額支付制度納入規劃重點，並於全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 47 條至第 50 條、第 54 條加以明文規定。
- 二、健保論量計酬制度下，中央健康保險局（以下簡稱健保局）獨自承擔費用控制責任，醫療院所缺乏分擔財務風險之誘因，醫療費用成長率遠高於保費收入（87 年醫療費用成長率超過 10%，平均投保金額成長率 5%多），在政治考量使保

險費率無法彈性調整下，健保財務將重蹈公勞保覆轍，無法維持平衡。

- 三、費用控制考量下，支付標準調整不易，且支付標準結構失衡，利門診，不利急診、重症、住院，且科別間相對點數未能全然反應醫師心力之付出，致需醫師較多投入(如：外科、婦產科)之科別人才羅致困難，影響醫療生態。另支付標準協商只考慮價格之調整，未同時規範服務量之成長，在門診量仍快速成長情形下，支付標準調整幅度、內容與醫療提供者之期望差距漸大。
- 四、影響財務收支之重大決策(如：增加給付範圍)未能對等且通盤考量，面臨付費者權利意識高張，相關團體要求增加健保給付項目之聲音迭起，在開源困難之情形下，健保財務負擔日益惡化。