

## 總額部門分配

問 15：我國總額支付制度區分為幾個部門？實施進度如何？

答：鑑於總額支付制度為全新之制度，健保法乃明訂各相關事項得分階段實施。牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等各部門總額支付制度業分別自 87 年 7 月、89 年 7 月、90 年 7 月及 91 年 7 月開始實施；因此，我國可以說自 91 年 7 月起，全面實施上限制總額支付制度。

問 16：為何西醫部門之總額要分成醫院和基層二塊？

答：依健保法第 49 及第 54 條，醫療給付費用總額得分地區訂定門診及住院費用之分配比例，並得分階段實施。衛生署於推動西醫總額支付制度的策略上，考量下列因素，故先分別與醫師團體及醫院代表規劃「西醫基層總額支付制度」及「醫院總額支付制度」；期使基層與醫院健全發展，建立基層診所與醫院分工合作機制。未來俟時機成熟，基層與醫院仍可在區域的層次形成整合性醫療服務體系，屆時診所與醫院整合成西醫總額支付制度共同運作將可水到渠成。

- 一、西醫醫院與診所在角色分工、主要收入來源、資源重分配方向、費用控制策略及經營主體與目標等不盡相同。
- 二、兩區塊各自成員之同質性較高，其團體內部支付制度相關改革措施（如結構之調整）較易推動，可促使醫院朝向減少門診，增加急、重症醫療的預算分配。
- 三、個別醫院為確保其專科門診、急重症病人或輔助服務（包括檢驗、檢查、治療）等轉診病人來源，會較樂於與基層診所合作，促使醫院與診所集體發展合作策略，在各地區形成整合性服務網路，提升照護品質，減少重複醫療，以利於分級醫療和轉診制度之建立推動。

問 17：西醫總額區分為基層與醫院 2 塊，會不會發生互推病人的問題？為避免病人與醫師流動的風險，醫院與診所間是否建立財務風險分擔機制？

答：一、目前在總額支付制度下，多數服務仍採論量計酬，醫療院所需提供醫療服務才有收入；除非集體聯合不看病人，尚不致發生個別醫院拒看病人，或醫院與診所互推病人的情況。

二、為解決醫院與診所間病人流向的問題，可在分配地區預算時，設定轉診校正因子（referral pattern）來調整市場占有率。另為避免診所減少看診時間，使病人大量湧入醫院就診，或醫師大量湧入診所，造成開業醫師數大增等現象，影響診所和醫院的運作，健保局與西醫基層和醫院團體共同訂定雙

方風險分擔的機制與策略，以規範醫院及診所醫師的醫療行為。

問 18：總額支付制度下，藥品及藥事服務費用的處理方式為何？

答：一、依健保法第 49 條第 3 項規定，門診醫療給付費用總額，「得」依藥品與藥事服務設定分配比例。總額支付制度實施後，囿於藥品長期因有藥價差及利用浮濫等問題，各界對於藥品的合理支出比率尚無共識，故對於藥品費用仍採論量計酬支付方式，由醫療院所依健保法第 50 條規定，依藥價基準向健保局申報其所提供之藥品費用，並採預先扣除方式處理，不隨其他一般診療服務的點值浮動，另為配合醫藥分業，藥事服務費經協商結果，亦採固定點值每點一元支付。

二、為使藥品支付更趨合理，除各項藥價基準改革及藥費控制策略持續進行外，如何漸進落實健保法對於門診藥費設定支出目標之規劃，有待各相關單位（團體）尋求共識以研擬具體可行方案。