

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-390

個別醫院總額預算制度對醫院用藥行為之影響—以高血壓病患為例

The impact of hospital-based global budget on hospital prescription behavior for hypertensive patients in Taiwan

指導教授：馬 作 鏞 博士

研究生：黃 世 忠 撰

中華民國九十六年六月

中文摘要

醫院總額支付制度實施以來，醫療服務點數仍持續成長，導致支付點值嚴重下降，因此健保局於九十三年七月提出「醫院卓越計畫」，也就是個別醫院總額預算支付制度，希望此計畫能達到控制醫療支出及保障醫療點值的目的。高血壓為常見疾病，本研究擬以高血壓病患為研究對象，檢視總額支付制度對醫院用藥行為的影響。

本研究資料來源為中區分局健保資料庫，研究時段為健保局實施醫院卓越計畫前(92年第四季)、後(93年第四季)就醫資料。研究對象為中區醫療院所高血壓門診病患，包含醫學中心、區域醫院與地區醫院，其中參與卓越計畫者(實驗組)計46家，未參與卓越計畫者(對照組)計58家，共104家。資料分析以衡量醫療服務量三項指標、醫療品質五項指標及醫療費用五項指標等三個構面共十三項指標。研究結果顯示，卓越計畫的實施後醫院用藥行為，在醫療品質五項指標中，包括慢箋總件數、慢箋占率、平均給藥日數、平均每件用藥品項數、及藥費占率的改變兩組並顯著差異外。在醫療服務量與醫療費用構面共八項指標，實驗組皆顯著低於對照組，尤以醫療費用構面的變項(總醫療點數、總用藥點數、平均每件醫療費、平均每件藥費、平均每日藥費)的改變最顯著，顯示個別醫院總額的實施確實是改變了醫院的用藥行為，達到費用管控之目的，又不影響病患就醫之權益。

總之，個別醫院總額支付制度對醫院費用控制方面有顯著效益，但對平均給藥日數、藥費占率、慢箋占率及平均每件用藥品項數則無顯著影響。

關鍵字：個別總額預算支付制度、高血壓、處方行為

ABSTRACT

To assess whether the introduction of “hospital-based global budget” in a Taiwan health insurance plan, and whether it achieved its goal of reducing health care expenditures, improving medical quality and changes of hospital prescription behavior.

Health care claimed data of July 2003 to March 2005 from central bureau of national health insurance in outpatient’ anti-hypertensive therapy, total 104 hospitals were enrolled including of 46 hospital-based global hospitals and 58 non- hospital-based global hospitals. The results showed significant differences of health care expenditure and the changes of physician prescription after implemented this payment system in hospital-based global hospital. There is no significant difference of medical quality in hospital-based global hospitals compared to non-hospital-based global hospitals.

We concluded that the introduction of “hospital-based global budget” in a Taiwan health insurance plan achieved a substantial decrease in overall health care expenditures. In additional, the “hospital-based global budget” plan resulted in physicians changing their practice patterns of prescription, but no effect of medical quality of prescription in hypertension.

Key words : Hospital-based global budget, Hypertension, Prescription behavior

誌謝

自從當年醫學院畢業後，不知不覺已愈二十載，其間一直希望有機會能再進修，但都未能如願。這次能重回學校並研習不同的領域，用欣喜若狂來形容我的心境，也許有點太過，但差可比擬。經過兩年，終於完成了個人生涯規劃中另一個里程碑，回想起來，過程雖有點辛苦，尤其是每週四由早上八點一直上到晚上七點(中午繼續醫管論)，確需要過人的體力，但所獲得的成果是豐碩而甜美的。進修期間，在工作、課業與家庭三者必需兼顧的前提下，所耗費之心力與時間，實非純學生時代所能比擬。能順利完成學業，特別要感謝周遭師長、同仁、朋友及同學的熱心協助與關懷與鼓勵，讓我內心充滿了信心與感恩。

首先要感謝王院長、陳副院長及劉小姐(院長夫人)，因為您們的推薦、鼓勵與包容，讓我能順利進入並完成醫管所的課業。再者要感謝管中麗芬、肅婷、郭郭及科內同仁等在工作、課業及資料蒐集上的協助，同時在課業學習過程中要感謝同學佳君、靜穎、祥瑞、腕姿、思儀、宗如與秋華等在資料蒐集及課業上的協助。

此外最感謝的是指導教授馬作鏹博士，在論文撰寫的過程中對我悉心指導與鼓勵，使得本論文能順利完成。再者由衷感謝鍾國屏博士

協助本論文資料之搜集與分析，同時感謝陳宗瀛博士、祝年豐博士在論文口試期間提供寶貴意見，使得本論文得以更紮實與完整。最後要感謝我內人簡宿芬，在這兩年進修期間，全心全力負起家中一切大小事務，同時兼任我的文書，任勞任怨令我完全無後顧之憂，沒有她的支持與鼓勵，我就無法達成此目標。

黃世忠

謹誌於中國醫藥大學醫務管理研究所

民國九十六年六月



目錄

中文摘要	i
ABSTRACT	ii
誌謝	iii
目錄	v
表目錄	vii
圖目錄	viii
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	5
第三節 研究之重要性	6
第二章 文獻探討	7
第一節 台灣地區高血壓之盛行率	7
第二節 高血壓偵測、評估及治療之準則	9
第三節 降壓藥物處方型態之相關研究	13
第四節 總額預算支付制度	15
第五節 影響醫院用藥行為之研究探討	22
第三章 研究方法	37
第一節 研究假說	37

第二節 研究設計與架構.....	38
第三節 研究對象與資料來源.....	40
第四節 資料處理流程.....	41
第五節 研究資料分析.....	42
第四章 研究結果.....	47
第一節 描述性統計分析.....	47
第二節 統計性推論分析.....	52
第五章 討論.....	69
第一節 結果討論.....	69
第二節 研究限制.....	78
第六章 結論與建議.....	79
第一節 結論.....	79
第二節 建議.....	80
參考文獻.....	82

表目錄

表 2-1	十八歲(含)以上成人血壓之分級.....	28
表 2-2	美國 18 至 74 歲高血壓患者之偵測率、治療率與控制率	28
表 2-3	心血管疾病主要危險因子	29
表 2-4	潛在續發性高血壓病因	29
表 2-5	標的器官損傷.....	30
表 2-6	改變生活型態之方式與降壓療效	30
表 2-7	降壓藥物之處方型態相關研究	34
表 2-8	醫院自主管理與卓越計劃支付原則比較	34
表 2-9	個別總額對醫院藥行為相關研究	36
表 3-1	研究變項之操作型定義	45
表 4-1	13 項指標之醫院家數、平均值與標準差	63
表 4-2	實驗組在卓越計劃實施前後之差異	64
表 4-3	對照組在卓越計劃實施前後之差異	65
表 4-4	實驗組與對照組在卓越計劃實施後之差異	66

圖目錄

圖 2-1	台灣地區高血壓盛行率	31
圖 2-2	台灣地區九十四年十大死因與高血壓相關疾病	31
圖 2-3	高血壓治療之流程	32
圖 2-4	高血壓治療藥物費用	33
圖 2-5	參與個別總額與否對門診服務量之影響	33
圖 3-1	研究架構.....	39
圖 3-2	92 年度醫院醫療給付費用總額分配架構	43
圖 3-3	93 年度醫院醫療給付費用總額分配架構	44
圖 3-4	資料處理流程.....	46
圖 4-1	卓越計畫施行前後變化:醫療服務量構面	67
圖 4-2	卓越計畫施行前後變化:醫療品質構面	67
圖 4-3	卓越計畫施行前後變化:醫療費用構面	68

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

台灣自民國 84 年開辦全民健康保險迄今滿十二年，納保人口超過百分之九十八，幾乎人人皆有保，為弱勢族群撐起了保護傘，使得貧窮家庭不再看不起病，更使得重大傷病患者受益良多。但隨著健保醫療支出年年高漲，全民健康保險局歷經多次財務危機，為了解決財務問題，在無法增加收入的政治因素操作下，健保局提出了總額預算制度。我國總額預算制度在實際運作上，主要採支出上限制，即預先依據醫療服務成本及服務量之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，每點支付金額是採回溯性計價方式，由於固定年度總額而不固定每點支付金額，固可精確控制年度醫療費用總額，進而達到抑制醫療費用支出之成長。如此一來健保局在財務問題雖獲得暫時的喘息，但醫療市場卻進入叢林法則，弱肉強食一片廝殺，衍生了許多新問題，各界對總額預算制度仍存有許多爭議與疑慮。

健保局自民國 87 年 7 月、89 年 7 月及 90 年 7 月陸續推動牙醫、中醫及西醫基層總額支付制度，更於 91 年 7 月以「簡單上路、漸進改革」為原則，如期推動醫院總額支付制度。醫院總額制度實施後，健

保局為求總額額度有效分配，提升醫療服務品質及醫院自我管理能力，在不影響民眾就醫權益下，提出自主管理與卓越計劃，其主要理念乃期望透過個別醫院協商模式，前瞻性設定未來一段期間之預算，因為醫院事先已知道未來一年給付額度，管理者可透過管理機制，達到降低成本、有效運用人力及提升醫療品質之目的。在卓越計劃中各健保分局對個別醫院總額的協商模式與訂定額度方式不太相同，以中區健保分局為例，主要是依民國 92 年第四季醫院申報之醫療費用為基期，共同協商未來一年給付額度，醫院申報若超出協商額度，則斷頭不給付。同時為監控醫院醫療品質，參與卓越計劃之醫院需接受品質指標評估，未達目標之項次，則依協定核減率核減幾付。

在台灣實行全民健康保險制度的過程當中，產生了一些無法避免的醫療資源的浪費，如重複就診、藥價黑洞等，然而卻有兩大機制可以用來直接抑制醫療費用的成長，在被保險人方面的部分負擔(全民健康保險法第三十三條至第三十八條)，在醫事服務提供者方面則為總額醫療支付制度(全民健康保險法第四十七條至第五十條)(周麗芳，2001)。

然而總額制度雖有協商的機制，可以解決資源不足的問題，但因國人就醫習慣不良、人口老化、新科技的引進，健保仍舊入不敷出，

也增加了醫院經營上的困難，健保局為了提升醫療品質、尊重醫療專業自主、減少雙方行政成本、讓醫院加強責任分擔的成本意識以及更加重視內部財務管理，以求降低營運成本，故推動醫院自主管理與卓越計畫(邱俊傑，2003)。

在莊念慈的研究中發現，藥物成本就佔了醫院的總營運成本30%，僅次於人事成本，所以如果能達同樣的療效下把藥物的成本降至最低，醫院則能大大降低成本(莊念慈，2003)。

高血壓為常見疾病，其相關之血管疾病(含腦中風、心血管疾病、糖尿病及腎臟病等)為全球致死率及罹病率最高的疾病，行政院衛生署國民健康局在91年委託公共衛生學會執行的大規模調查顯示，30-39、40-49、50-59、60-69、70-79、80歲以上的人的高血壓盛行率分別為7%、19.4%、34%、47.1%、61.5%、57.5%，林之勤於民國八十七年的研究報告中顯示，高血壓疾病佔各疾病處方箋用藥明細金額裡的藥品金額的10.6%，僅次於上呼吸道疾病(17.7%)及消化系統之其他部位疾病(11.4%)，在有高盛行率、高成本且須長期治療的前提下，用於治療高血壓的花費在整體的醫療支出著實驚人。

健保支付制度不同、醫院不同經營策略及醫師本身的背景都會影響到醫師的醫療行為。本研究是以高血壓病患為例，探討個別總額制度實施前後，醫院醫師在其用藥行為上是否有改變。

從理論觀點來看，個別醫院總額之實施，應會明顯降低醫療服務量，且整體醫療費用應會下降。但從最近類似研究卻有不同甚至完全相反之結果。在方淑雲個別醫院總額對糖尿病處方型之影響研究中，實驗組服務量雖顯著下降，但每日藥費、平均給藥天數、及平均用藥品項數卻顯著增加(方淑雲，2004)。另外在王舜睦個別醫院總額對醫院高血壓病患用藥行為之影響研究中，醫學中心服務量雖下降，但平均醫療費用卻上升，區域與地區醫院則不論參與個別總額與否其服務量皆下降但平均醫療費用則皆上升(王舜睦，2005)。此結果完全不合理論邏輯，可能導因於其研究設計之缺陷，此兩研究所採個別總額包含自主管理與卓越計畫，不符合真正個別總額支付制度精神，因而出現另人混淆之結果。本研究以卓越計畫為介入措施，較能反應個別醫院總額對醫院用藥行為之影響。

第二節 研究目的

醫院總額支付制度不僅會影響個別醫院的經營管理與發展，也必然會改變整個醫療體系各部門與各醫療機構之間產生新的互動關係，因此也必然會改變整體醫療體系的效率，甚至影響到全國民眾所接受到的醫療服務方式與品質。

本研究針對中區地區醫院層級以上的醫療院所所申報的資料，透過相關的整理、統計分析，以醫療服務量、醫療品質、與醫療費用等三個構面來衡量醫師用藥處方行為是否受到卓越計畫實施的影響。

本研究之研究目的有三：

- 一、個別醫院總額制度之實施是否影響醫院服務量。
- 二、個別醫院總額制度之實施是否影響病患就醫權益。
- 三、個別醫院總額制度之實施是否影響醫療費用管控。

第三節 研究之重要性

根據衛生署表示推動總額支付制度最主要之目的除了控制醫療費用快速成長，還希望能確保醫療服務品質，提升醫師之專業自主權，促進醫療資源合理分布，以及預測合理支出之醫療費用。我們可以從藥品支出佔全民健保醫療支出四分之一以上，且可能持續擴大成長，推論醫院之用藥行為對健保醫療費用支出的重要影響。本研究以醫學中心、區域醫院及地區醫院所申報之健保檔案進行分析，探討醫院用藥行為是否受到個別總額預算制度之影響，其重要性有二：

一、有利於健保局擬定健保政策之參考依據

經由全民健保資料庫分析醫院於卓越計劃實施前後，使用高血壓藥物與量之差別，比較參與卓越計劃與否對醫院用藥行為之差異，這些資料可作為健保局新政策之參考依據。

二、有效導正醫療市場論量計酬的觀念，提升整體醫療服務品質

分析醫院用藥行為的改變，了解醫院受總額預算制度之影響程度，以利調整因應策略與相關配套措施，透過醫院醫師同儕制約的方法，有效導正醫療市場論量計酬的觀念，提升整體醫療服務品質，並作為日後藥價調整之依據。

第二章 文獻探討

第一節 台灣地區高血壓之盛行率

早年根據曾文賓教授在國內所作之研究，台灣地區十八歲以上國民高血壓之盛行率約為 14.1%(民國六十五年)至 14.8%(民國七十三年)；而同年代老年人高血壓盛行率更高達 33.4%與 31.4%。中研院潘文涵院士於民國八十二至八十五年所進行之研究，台灣地區男性高血壓盛行率為 26%，女性則為 19%。廖朝嵩、曾春典與李源德教授等人也於民國八十七年針對台灣地區 65 歲以上人口進行研究，發現高血壓盛行率為 37%，男女盛行率分別為 33.2% 與 40.9%。最近陳健仁教授於民國九十二年之研究顯示，台灣地區十五歲以上國民高血壓盛行率為 21%(圖 2-1)，男女盛行率分別為 24.9% 與 18.2%，而 65 歲以上人口高血壓盛行率更高達 44%(男性)與 50%(女性)。在青壯年人口，高血壓盛行率男性高於女性，但在老年人口則女性高於男性。由此盛行率推估與健保局資料統計，台灣目前約有三百萬高血壓患者，其中約 160 萬人接受降壓藥物治療。

高血壓為腦血管意外(尤其是出血性腦中風)、冠狀動脈疾病、充血性心臟衰竭、糖尿病、腎衰竭、視網膜病變等慢性病最重要之危險因子。根據衛生署統計民國九十四年台灣地區十大死因中，與高血壓相關之疾病就佔了一半，其中腦血管疾病為第二名佔所有死因 9.5%，

心臟疾病為第三名佔所有死因 9.3%，糖尿病第四名佔所有死因 7.6%，腎臟疾病第八名佔所有死因 3.5%，高血壓第十名佔所有死因 1.43%，總計高血壓相關疾病佔所有死因 31.3%(圖 2-2)，遠超過癌症之 23%。由此可見高血壓危害國民健康之深，乃居所有疾病之首，故如何治療與預防高血壓相關病症，為促進國民健康最重要之課題。



第二節 高血壓偵測、評估及治療之準則

第一項 高血壓之定義與評估

高血壓之定義為收縮壓超過 140 毫米汞柱，舒張壓超過 90 毫米汞柱，或者是正接受降血壓藥物治療。表 2 之 1 乃美國 JNC VII 報告(參考本頁末之註解*)於 2003 年針對 18 歲以上成年人的高血壓定義與分級，前提必需是沒有服用降血壓藥物及沒有急性病症之病患。此定義與分級的判斷準則是根據病患被初次篩檢為高血壓後，再測量第二次或多次血壓之血壓平均值。

高血壓之偵測、治療與控制情形並不理想，全世界皆然。以美國為例，美國是全球高血壓控最好的國家，從 1980 年至 2000 年，二十年來，高血壓之偵測率與治療率有明顯上升，但有效控制率卻僅達 34% (見表 2-2)。台灣地區高血壓之偵測率、治療率與有效控制率，依性別區分，男性分別是 43%、31%、15%，女性稍高於男性分別是 53%、45%、22%。(潘文涵，2001)

一旦高血壓之診斷確定後，應對病患作一個整體評估包括(一)病患是否合併其他主要心血管危險因子與影響預後之病症(表 2-3)，(二)是否有可治療之潛在續發性高血壓病因(表 2-4)，(三)是否合併有標的器官損傷(表 2-5)。

* The JNC VII Report : The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection,

依據美國 JNC VII 報告建議病患身體檢查應包括正確測量血壓，測量兩側上下肢血壓，檢查眼底，測量 BMI，用聽診器檢查頸動脈、腎動脈與股動脈是否有血管雜音，觸診甲狀腺，詳細檢查心、肺與腹部，注意是否有腎腫大、腎腫瘤或不正常主動脈搏動，觸診下肢脈搏並查看是否有水腫，最後完成神經功能檢查。在開始治療高血壓以前，應作之例行檢驗包括心電圖、尿液分析、血糖、血容積、血清鉀、血清肌酸肝、血鈣及血脂肪分析。最理想之狀況是加上尿液白蛋白分析。

第二項 高血壓之治療

預防與治療高血壓之目的是為了降低心血管疾病與腎臟病之罹病率與死亡率。大部份高血壓患者，尤其是 50 歲以上之病患，當其收縮壓達到治療目標時，其舒張壓早已達到治療目標，因此治療焦點應集中於收縮壓之控制。一般而言，血壓控制之目標為收縮壓低於 140 毫米汞柱，舒張壓低於 90 毫米汞柱，但當患者合併有糖尿病或慢性腎臟病時，血壓則必需控制在 130/80 毫米汞柱以下。

高血壓治療之方式包括生活型態之改變與藥物治療。有許多大型臨床試驗證明，生活型態之改變可有效預防與降低血壓，加強降壓藥物之療效，進而減少心血管疾病之發生率與死亡率。表 2-6 顯示各種生活型態之改變方式及其降低收縮壓之效果。當改變生活型態也不足以控制血壓時，就必須加入藥物治療來達成控制血壓之目標。圖 2-1 顯示

美國 JNC VII 報告所建議之高血壓治療之流程。

高血壓治療之方式包括生活型態之改變與藥物治療。有許多大型臨床試驗證明，生活型態之改變可有效預防與降低血壓，加強降壓藥物之療效，進而減少心血管疾病之發生率與死亡率。表 2-6 顯示各種生活型態之改變方式及其降低收縮壓之效果。當改變生活型態也不足以控制血壓時，就必須加入藥物治療來達成控制血壓之目標。圖 2-1 顯示美國 JNC VII 報告所建議之高血壓治療之流程。

降血壓藥物依照其作用機轉不同大略可區分為八大類：(一)利尿劑(diuretics)，又可細分成 Thiazide diuretics, loop diuretics 及留鉀利尿劑三種。(二)乙型接受器阻斷劑(beta-blockers)，又可依接受器選擇性細分為選擇性與非選擇性 beta-1 接受器阻斷劑兩種以及是否同時具有內源性交感神經活性兩種。(三)鈣離子通道阻斷劑(Calciumchannel blockers, CCB)，包括 dihydropyridines 及 non-dihydropyridines 兩類，其中 dihydropyridines 這類藥學名字尾都含有”dipine”。(四)血管張力素轉換酶抑制劑(Angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEI)，這類藥學名字尾都含有 ”pril”。(五)血管張力素接受器阻斷劑(Angiotensin-receptor blocker, ARB)，又稱為”sartan”類，因這類藥學名字尾都含有”sartan”。(六)甲型接受器阻斷劑(alpha-blockers)，又可依接受器選擇性細分為選擇性與非選擇性 alpha-1 接受器阻斷劑兩種。

(七) 直接血管擴張劑。(八) 其他中樞神經阻斷劑。美國 JNC VII 報告建議以上述前五大類作為第一線藥物選擇，歐洲高血壓學會則將甲型阻斷劑納入，建議以上述前六大類作為第一線藥物選擇，而第七、八類降壓藥物則已退居第三、四線用藥，幾已不用。由於乙型接受器阻斷劑單獨使用於治療高血壓，對心血管疾病罹病率與死亡率之預防效果不彰，且容易誘發新生糖尿病。因此英國 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) 最近於 2006 年發表之高血壓藥物治療指引，建議將乙型接受器阻斷劑從第一線剔除，只保留 ACEI, ARB, CCB 及利尿劑為第一線用藥，乙型接受器阻斷劑退居第二線。



第三節 降壓藥物處方型態之相關研究

從台北地區八家公私立醫學中心及區域醫院之高血壓處方箋總計 11347 張之研究發現，每張處方平均用藥總數為 4.45 種，每張處方平均高血壓用藥數目為 1.76 種，每張處方平均高血壓用藥佔總用藥比例為 46.5%，每張處方平均高血壓用藥類別數為 1.79 類，每張處方平均用藥天數為 19.7 天，每張處方平均高血壓用藥總費用為 654.5 元，每張處方平均高血壓用藥每日費用為 37.7 元(黃肇明，1993)。

周美惠等(1997)研究台北榮總門診六十五歲以上老年病患之處方型態，發現高血壓疾病其平均藥品項數為 4.76 種，平均藥品金額為 1572.82 元，而藥品金額佔醫療金額之比率為 72.32%，其結果皆高於六十五歲以下之非老年病患(平均藥品品項為 3.65 種，平均藥品金額為 1453.61，藥品金額佔率為 64.49%)。

葉明功等(2004)針對 1998 年 1-12 月台北市高血壓門診固定就診者共 1,259,150 人作研究，探討醫院層級與高血壓病患門診申報處方箋型態之相關性，發現藥費佔率由 1999 年 1-6 月之 51.6% 微降至 2001 年 7-12 月的 49.3%，平均降幅 2.3%。平均每張處方箋藥品金額由 1999 年 1-6 月之 616 元微降至 2001 年 7-12 月的 568 元，平均降幅 7.8%。平均每日藥品金額由 1999 年 1-6 月之 56.5 元微降至 2001 年 7-12 月的 43.9 元，平均降幅 22.3%。平均給藥天數由 1999 年 1-6 月之 14.1 天微

升至 2001 年 7-12 月的 15.0 天。而平均每張處方箋藥品品項由 1999 年 1-6 月之 3.72 種微降至 2001 年 7-12 月的 3.29 種， 平均降幅 11.6%。

王舜睦針對健保局台北分局高血壓患者所作之研究，發現每張處方平均藥費為 1022 元(地區醫院)至 1682 元(醫學中心)，平均給藥天數為 23 天(地區醫院)至 29 天(醫學中心)，每日藥費為 44-50 元(地區醫院)至 52-62 元(醫學中心或區域醫院)。作者將以上處方型態相關研究簡單整理如表 2 之 7。

林氏於民國八十七年針對南區健保局分局特約醫事服務機構之門診處方箋的行為做探討。在其研究裡，就就醫診斷來看，平均每一申報案件的申請金額較高的是「高血壓疾病」及「內分泌及代謝之疾病、免疫疾患」。林氏於民國八十七年的研究報告中也顯示，高血壓疾病佔各疾病處方箋用藥明細金額裡的藥品金額的 10.6% (圖 2-4)，僅次於上呼吸道疾病(17.7%)及消化系統之其他部位疾病(11.4%)(林之勤，2002)。

第四節 總額預算支付制度

總額支付制度為全民健康保險法明訂應實施之制度，其目的在透過前瞻性的協定與分配預算以及專業自主性的提升，以合理控制費用、有效利用醫療資源、促進醫療體系的整合與資源之合理分布，藉以提升醫療品質與民眾健康。(李玉春，2001)

一個制度的設計與執行必然有其長處，然而在制度施行的背後卻也隱藏不同程度的缺失。因此，當我們引進總額預算制度的同時，更應該瞭解制度的優缺點，以及可能產生的問題，並加以防範。(張高評，2003)

第一項 總額預算支付制度之得失

一、總額預算支付制度有以下優點：

- 1、醫療費用的成長可控制在合理範圍內，特別是設定支出上限的總額預算制，更可精確執行年度醫療支出。
- 2、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，同儕制約的效果將使醫療行為趨於合理化。總體來說，可降低醫療費用成長的幅度。
- 3、專業自主權得以提昇，亦使各項醫療服務獲得與投入成本相當之報酬，進而促進醫療生態的健全發展。
- 4、透過協商機制，總額預算之制定可使付費者與醫療提供者雙方之

權益獲得平衡。

5、可逐步改善區域間醫療資源分配不均的問題。

二、總額預算支付制度有以下缺點：

1、總額預算制度不符合自由市場經濟，並具有中央集權的傾向。

2、須有客觀完整的資料才能正確的估計預算總額；且參與協商之各方代表，亦須具備充分的協商能力與準備。

3、總額預算設定支出額度時，即隱含決定醫療需求的上限；然而，需求往往是專家所認定，未必符合民眾的偏好。

4、總額預算制度為一宏觀（macro）的調控手段，必須配合其他微觀（micro）支付基準的改革（如論人計酬或論病例計酬），否則難以鼓勵醫療提供者改變診療行為，使之趨於合理。

5、若醫療服務提供者之自主審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣的不公平現象。

6、若未建立良好的監控機制，醫療團體可能藉由聯合壟斷的方式，造成醫療服務品質受到影響，並導致被保險人權益受損。

7、若總額預算的支付基準分類太大，容易造成醫療院所效率低落，在資源有限的情況下，可能會降低就醫可近性。

8、總額預算偏重財務觀點與費用控制，而較少品質考量與過程面管理，難以因應衛生醫藥環境與社會變遷，並使得醫療體系無法

創新與進步。

總額預算支付制度顯然有許多缺失，健保局自 2002 年 7 月實施醫院總額預算點質浮動制度以來，醫療市場成為叢林世界，弱肉強食，所有醫院失控行為，皆以浮動點質予以調整，苦果全數由醫院承擔。另一方面健保局又採取持續擴大保險幾付範圍造福全民，更加速點質下降。健保局因此同時合併實施醫院自主管理，希望透過個別醫院協商模式前瞻性設定未來三個月的預算，以達到減少不必要之浪費，對服務量及醫療行為作合理之控制。藉由醫療提供者與保險人共同承擔節制醫療費用之責任，尊重專業自主，減少個案審查，合理控制醫療院所以量制價的營運模方式，除了可以減少健保審核人力支出，還能保障醫院縱使在健保財務困難下，也能有穩定的收入。醫院自主管理固然立意良好，但參與自主管理之醫院的費用申報與同區未參與醫院一起計算，醫院參與或不參與自主管理方案僅只是審查方式不同而已，參與自主管理方案之醫院如未超出協商之支付額度，則可免去審查的流程。導自各醫院參與自主管理之意願不高，醫療市場又回到叢林法則衝「量」的狀態。為避免情勢繼續惡化，醫院協會故而與健保局協調，接辦醫院總額預算業務，於 2004 年 7 月推動醫院卓越計劃。期望透過醫療院所自我管理，使服務量的成長不致失控，支付點質不致大幅滑落，危及醫療院所之生存。

第二項 醫院卓越計畫介紹

一、 推動醫院卓越計畫緣起

在以前論服務量計酬為主的支付方式，因支付方式鼓勵醫療提供者多提供服務，而不鼓勵妥善運用資源，嚴重影響醫療服務品質及醫療生態，甚而誤導民眾習於將社會保險視為福利。在國人共同經歷 SARS 疫災的慘痛教訓之後，為導正諸如平均就診次數偏高、醫院發展偏重門診醫療服務、缺乏分級醫療觀念等醫療弊端，促進醫療改革，健保局遂依據全民健康保險醫療費用協定委員會預先公告之支付架構及相關配套措施，推動醫院卓越計畫（中央健康保險局，2004）。

二、 什麼是醫院卓越計畫

健保局與有意願參與的醫院，事先協商醫療費用範圍，藉由降低個別醫院的財務風險，誘導醫院專注於提升醫療品質，降低一些不必要的用藥、重複性檢查及初級門診服務，使大型醫院扮演好急重症照護，與醫學人才教學、訓練及研究的角色，至於小型醫院則鼓勵朝社區化、專科化醫療與特殊醫療照護(如長期照護)等工作，期望醫院能以自主管理的方式，穩健調整醫療型態，提供民眾適當而方便的醫療，並且在管理過程仍保留市場競爭、品質確保及終止之機制，以確保民眾就醫權益(中央健康保險局，2004)。

三、推行卓越計畫的目的

1. 配合後 SARS 健保目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫、維護病人就醫權益、提升醫療品質。
2. 藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系。
3. 藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。
4. SARS 肆虐時，各界普遍呼籲國人導正不良醫療行為：
 - a. 就醫習慣「趴趴走」。
 - b. 民眾每人每年平均就醫次數高達 14 次至 15 次。
 - c. 醫院經營策略重門診輕住院。
 - d. 重服務量而輕忽醫療品質。

醫界對於健保的醫療服務審查制度，批評為干預過多、醫療院所行政負擔太重及審查醫師無法瞭解臨床醫師診療時的病人狀況等。醫界反應總額競爭下，因無法掌握個別醫院費用額度，所以仍須與其他醫院共同競爭衡量，無法專注提升品質(中央健康保險局，2004)。

四、醫院卓越計畫監測目標方向

- 1、**政策要求**：門診住診比例、急重症照護、開立慢性病連續處方箋比例、預防保健服務、感染管控、家庭醫師整合性照護制度試辦計畫等。
- 2、**醫療品質控管**：抗生素使用率等。
- 3、**健保資源合理使用**：門診住院藥費成長率、平均住院天數等

第三項 醫院自主管理與卓越計劃之比較

表 2-8 綜合比較醫院自主管理與卓越計劃支付原則，由此表可得知醫院卓越計劃之實施，亦即將個別醫院總額納入。醫院的收入面雖有保障但卻是限定的，勢必在支出面嚴格管控降低成本，以謀取最大之利潤。可能出現一些現象如：減診、限診、使用便宜藥品、推拒重症病患、縮短或減少處方用藥天數與藥價.....等。

第四項 本研究選擇卓越計劃原因

所謂上有政策、下有對策，果不其然醫院卓越計劃實施，引起台灣醫界的大震撼，加入卓越計畫的醫院開始出現推拒病人的情形，在額度鎖死的情況下，各特約醫院為了控管成本，紛紛祭出門診限量、調高掛號費、更改藥品、減少收急重症病患等措施，造成民眾看病一號難求、重症病患成為「人球」等混亂窘境。

健保局指出，民國九十三年七月到九月，民眾申訴案件呈倍數成長，其中台中榮總光九月份就有近百件，包括：關閉兩百多張住院病床、門診限量管制、拒絕開立慢性與重症病患用藥或要求自費等等。幾經溝通未見改善，十月八日健保局對台中榮總做出暫停參與卓越計畫的處分。為確保民眾就醫的權利，健保局更派出百人稽核大隊，進駐部分醫院協助病人順利就醫。此舉引發各大醫院的不滿，醫學中心協會發表聲明指出，將慢性病患轉診至與其有策略聯盟關係的地區醫

院就醫，或限定每次門診人數不超過六十人，是醫學中心配合國家分級醫療政策的作法，健保局卻視其為拒收病患，並施以嚴厲處置，將使醫學中心進退兩難，並不合理。(張瓊方，光華畫報雜誌社 [Http://www.sinorama.com.tw/ch/](http://www.sinorama.com.tw/ch/))

卓越計畫實施的時間只有短短的兩季，卻衍生出許多醫療相關問題，對整個醫界產生極大的影響，因此我們針對卓越計畫的實施對醫院用藥行為的改變是否有所影響做出探討。



第五節 影響醫院用藥行為之研究探討

台灣西醫師的醫療行為深受醫療衛生保險制度的影響，從日本殖民時期，光復後時期，公勞農保保險制度時期，到全民健康保險制度的時期，醫師的社會地位與醫療行為經歷了多重的轉變，從掌控絕大部分的醫療資源，並享有絕對的醫療優勢的角色，到如今僅是計劃醫療制度之醫療團隊的一員，醫師失去醫療價格的主控權，更需面對醫療衛生政策改變所帶來的不便與衝擊，既然全民健康保險制度不可能輕言廢止，所以醫師不應再戀棧過去的榮景與利益，而是要因應健保政策，調整醫療行為，以適應現今多變的醫療環境(邱俊傑，2003)。

影響醫師醫療行為之因素可大致分為三方面，分別說明如下：

一、外在制度的因素

支付制度對醫師醫療行為的影響，國內外學者都有實證方面的研究，國外的學者 Terris (1991) 研究美國老人健康保險(Medicare)實施論量計酬制度之後，發現 1982 年至 1987 年五年當中，手術、醫師門診量、放射線檢查、實驗室檢驗及醫療支出等皆增加 50% 以上。再比較論量計酬制與健康照護組織 (HMO) 制發現論量計酬制的醫師會對病人做較多的檢驗 (Clancy & Hillner, 1989)。Hickson 等人 (1987) 以醫師支付制度的差異來探討醫師誘發需求是否存在，結果發現論量計酬組的醫師比領固定薪水組的醫師，會提供較多醫療服務給病患，

顯示供給(醫師)有誘發需求(病患)的趨勢。進一步對醫師診療行為及門診用藥情形分析發現，平均醫療費用上升五成以上，門診藥費支出降低，藥費佔門診醫療費用比例下降，而愈基層醫療院所，愈偏向用藥品項多，且開藥日數短，抗生數種類多，且較多重複用藥情形。

在連子慧(1994)針對薪資制度對於醫師處置行為影響的研究也發現，醫師變動薪資比率越高，病人的手術費、麻醉費、平均每日費用及費用合計等也越高，所以醫師行為會直接受到績效制度的影響。

總額支付制度的推動實施，除了會影響醫療院之經營策略，對於醫師之醫療行為定會產生影響，茲針對總額預算支付制度與論量計酬制度對醫師醫療行為的影響進行下列比較(張沅濱，2001)。

(一) 費用控制

總額支付制度，是事先預支年度預算總額，且醫事服務提供者可發揮同儕制約之效果，使得醫療費用的成長趨於合理的範圍內。而論量計酬制度，因為醫事服務提供者不需分擔財務風險，缺少抑制醫療資源的誘因，致使提供過度的醫療服務，間接促使醫療費用上漲。

(二) 醫師診療模式

總額支付制度的實施，可以減少醫事服務提供者以量取酬的誘因，使醫療機構的服務量合理化。而論量計酬制，可能因供誘導需求，使得醫師增加其服務量與服務密度，導致服務品質受損。

(三) 行政作業

在總額支付制度下，醫事服務機構的輔導作業，可由醫師公會內部參與規範與運作，賦予醫療專業團體較大的自主權。在論量計酬制，是由健保局對特約醫事服務機構進行輔導作業，醫療團體較少有自主的空間。

(四) 專業自主性

總額支付制度的支付標準訂定及醫療服務審查是由供給者主導，因此醫療服務提供者擁有高度專業自主的空間。論量計酬制的全民健康保險，支付標準訂定及醫療服務審查是由保險人主導的，相較之下，醫事服務者的專業自治權較低。

(五) 病人求診行為

在總額支付制度之下，醫師為提高每一點金額，且在同儕制約下，病人求診次數不容易受到誘發。在論量計酬支付制度下，醫師為了提高收入，容易順應病人之要求誘導病人，增加就診與檢查診的頻率。

透過以上比較可發現，不同的支付制度，不同之醫院經營策略與績效制度，可直接影響到醫師診療行位。

在健保制度裡，藥品給付係由醫師服務衍生而來的給付，若無醫師處方，被保險人不能直接取得藥品。總體醫療費用的成長，在供給者方面，大多歸責於醫師，少與藥師有關；所以，在醫藥分業的情形

下，醫師雖非藥費支付的收受者，往往必須負擔藥費成長的責任 (Joel Lexchin, 2004)。

二、內在因素

國內學者的研究，藍忠孚(1995)指出，當醫師的供給量增加時，因醫師為了達到目標收入的水準，將導致較高的醫療服務與較多的醫療需求。另外郭信智、楊志良(1994)亦以醫師目標所得理論驗證出，「當透過支付制度降低每件申報金額時，醫師為了維持收入水準，傾向於增加申報件數」。

再從醫師的專業認知與人格素養來探討，雖然直接支付給醫師的費用僅佔醫療總費用的 20%，但是醫師的決策卻造成了超過 80% 的醫療成本 (Harris, 1990)。在醫師專業的領域與認知當中，自然會利用他所熟悉的高科技與高價值的醫療檢查及治療，以符合社會、病患與家屬之期望，目的雖是為了治癒病人，但整體醫療費用卻逐日增加 (Dranove et al,1992)。

醫師人格的素養主要受到醫學教育的影響，而文化對疾病和治療所持的信念與態度，社會上流行的臨床治療風格，及醫師工作的組織環境等，都可能影響個別醫師在工作領域中，怎麼選擇臨床治療行為 (Anderson, 1987; Payer, 1988)。一般而言醫師個人的診療行為，受其師長或前輩的影響很大 (莊逸洲、黃崇哲, 2000)。

影響醫師臨床醫療行為的主要決定因素，大概可分為三類：包括醫師本身的利益、病人的利益及符合社會的利益（Eisenberg，1985）。醫師會為了本身利益，去追求收入以滿足生理與安全上的需求，然而他可能同時考慮其醫療行為是否損及病人或社會利益。在決定處方時，醫師的行為主要會受到四個因素的影響：病人期望、臨床事實、醫病關係和醫師長期累積的習慣（Bulter et l.,1998）。

三、 其他的因素：

其他影響醫師醫療行為的因素還包括：醫師輔助人員工作投入的多寡、醫療科技的投入、服務區域的特性（例如人口學型態執業型態別等）、醫師工作時數的投入及醫師診療費的收入等。另外醫師檢驗利用率也會與下列因素相關，包括醫師畢業學校、哪一年畢業、醫師年齡、專科資格、醫師領導特性、檢驗可否向病人收費等（Freebon 等人，1972）。在人口統計學上如性別及服務年資的不同，醫師的醫療行為也就不同，因為這些變項會影響醫師所定的理想目標所得，為達到目標所得，醫師的醫療行為就會受到影響（John，1994）。

國內有關總額預算支付制度，尤其是個別總額對醫院用藥行為之相關研究，過去並不多見，但最近兩三年有幾篇相關之研究論文，主要以自主管理或卓越計畫實施前後，醫院用藥行為或醫師處方型態之改變為研究主題。從理論觀點來看，個別醫院總額之實施，應會明顯

降低醫療服務量，且整體醫療費用應會下降。但從最近類似研究卻有不同甚至完全相反之結果。在方淑雲個別醫院總額對糖尿病處方型之影響研究中，實驗組服務量雖顯著下降，但每日藥費、平均給藥天數、及平均用藥品項數卻顯著增加(方淑雲，2004)。另外在王舜睦個別醫院總額對醫院高血壓病患用藥行為之影響研究中，醫學中心服務量雖下降，但平均醫療費用卻上升，區域與地區醫院則不論參與個別總額與否其服務量皆下降但平均醫療費用則皆上升(王舜睦，2005)。此結果完全不合理論邏輯，可能導因於其研究設計之缺陷，此兩研究所採個別總額包含自主管理與卓越計畫，不符合真正個別總額支付制度精神，因而出現另人混淆之結果。作者將此兩研究結果簡單整理如表 2 之 9。本研究以卓越計畫為介入措施，較能反應個別醫院總額對醫院用藥行為之影響。

表 2-1 十八歲(含)以上成人血壓之分級

類型	收縮壓(毫米汞柱)	及	舒張壓(毫米汞柱)
正常值	< 120		< 80
高血壓前期	120 ~ 139	或	80-89
高血壓			
第一期(輕度)	140~159	或	90-99
第二期(重度)	≥ 160	或	≥ 100

表 2-2 美國 18 至 74 歲高血壓患者之偵測率、治療率與控制率

	1976-80	1988-91	1991-94	1999-2000
偵測率	51%	73%	66%	70%
治療率	31%	55%	54%	59%
控制率	10%	29%	27%	34%

偵測率是指高血壓患者知道自己有高血壓之比率，治療率是指高血壓患者接受治療之比率，控制率是指高血壓患者之血壓獲得良好控制之比率。

表 2-3 心血管疾病主要危險因子

高血壓*
抽煙
肥胖(BMI > 27) # *
缺乏運動
血脂異常*
糖尿病*
微白蛋白尿或預估腎絲球過濾率(GFR) < 60cc/min
年齡(男性大於 55 歲，女性大於 65 歲)
早發性心血管疾病之家族史(男性小於 55 歲，女性小於 65 歲)

根據衛生署修正國人肥胖定義：BMI > 24 為體重過重，BMI > 27 為肥胖

* 代謝性症候群之組成要素

表 2-4 潛在續發性高血壓病因

睡眠停止呼吸症候群
藥物誘發或藥物相關
慢性腎臟病
原發性醛固酮症
腎動脈病變
慢性類固醇治療或庫欣氏症候群
嗜鉻性細胞瘤
主動脈窄縮
甲狀腺或副甲狀腺疾病

表 2-5 標的器官損傷

心臟
左心室肥厚
狹心症或曾經心肌梗塞
曾經冠狀動脈再造血管手術(冠狀動脈介入術或繞道手術)
心臟衰竭
腦
中風或暫時性腦缺氧
慢性腎臟病
周邊動脈疾病
視網膜病變

表 2-6 改變生活型態之方式與降壓療效

改變方式	建議作法	收縮壓平均下降
減重	維持正常體重(BMI 18-23.9)	5 -10 mmHg/每減 10 Kg
飲食控制	多食用水果、蔬菜、低脂、 (DASH 飲食計劃) 高鉀、高鈣、 高鎂	8-14 mmHg
低鈉(鹽)	每天不超過 2.4 公克鈉鹽	2-8 mmHg
規則運動	有氧運動(心跳達 130)，每天 30 分鐘，每星期三天以上	4-9 mmHg
限制飲酒量	男性每天不超過 30 公克酒精 女性每天不超過 15 公克酒精	2-4 mmHg

圖 2-1 台灣地區高血壓盛行率(%): 依年齡層區分

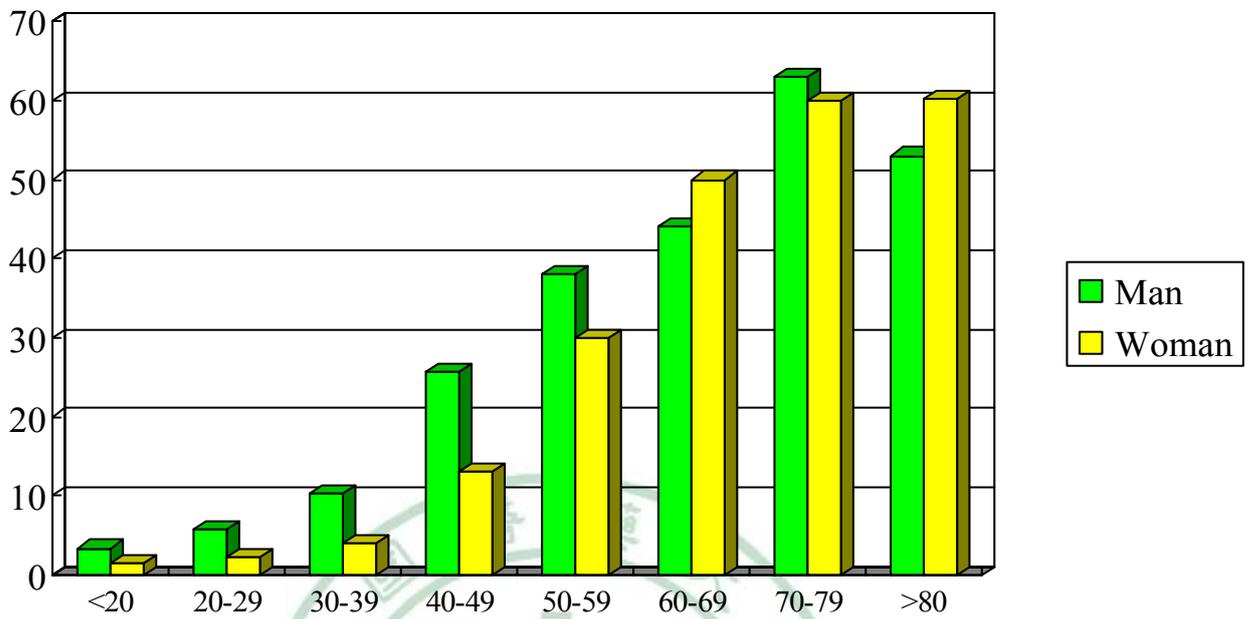


圖 2-2 台灣地區九十四年十大死因與高血壓相關疾病

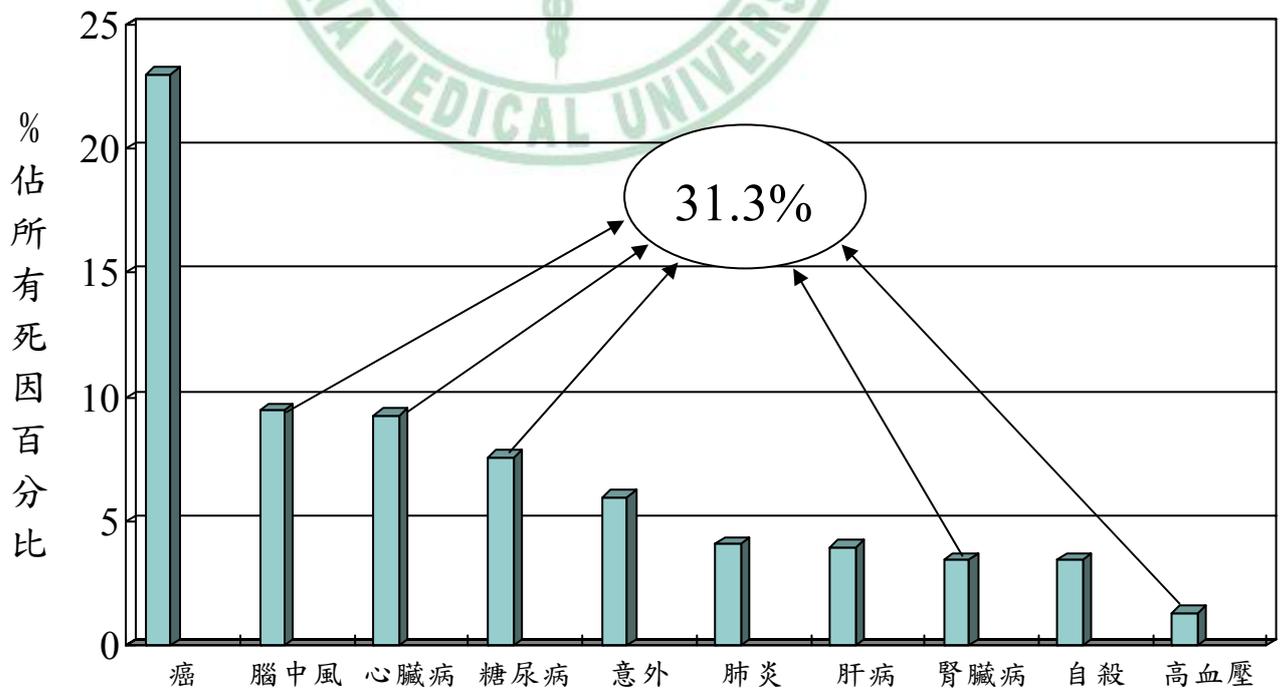


圖 2-3 高血壓治療之流程

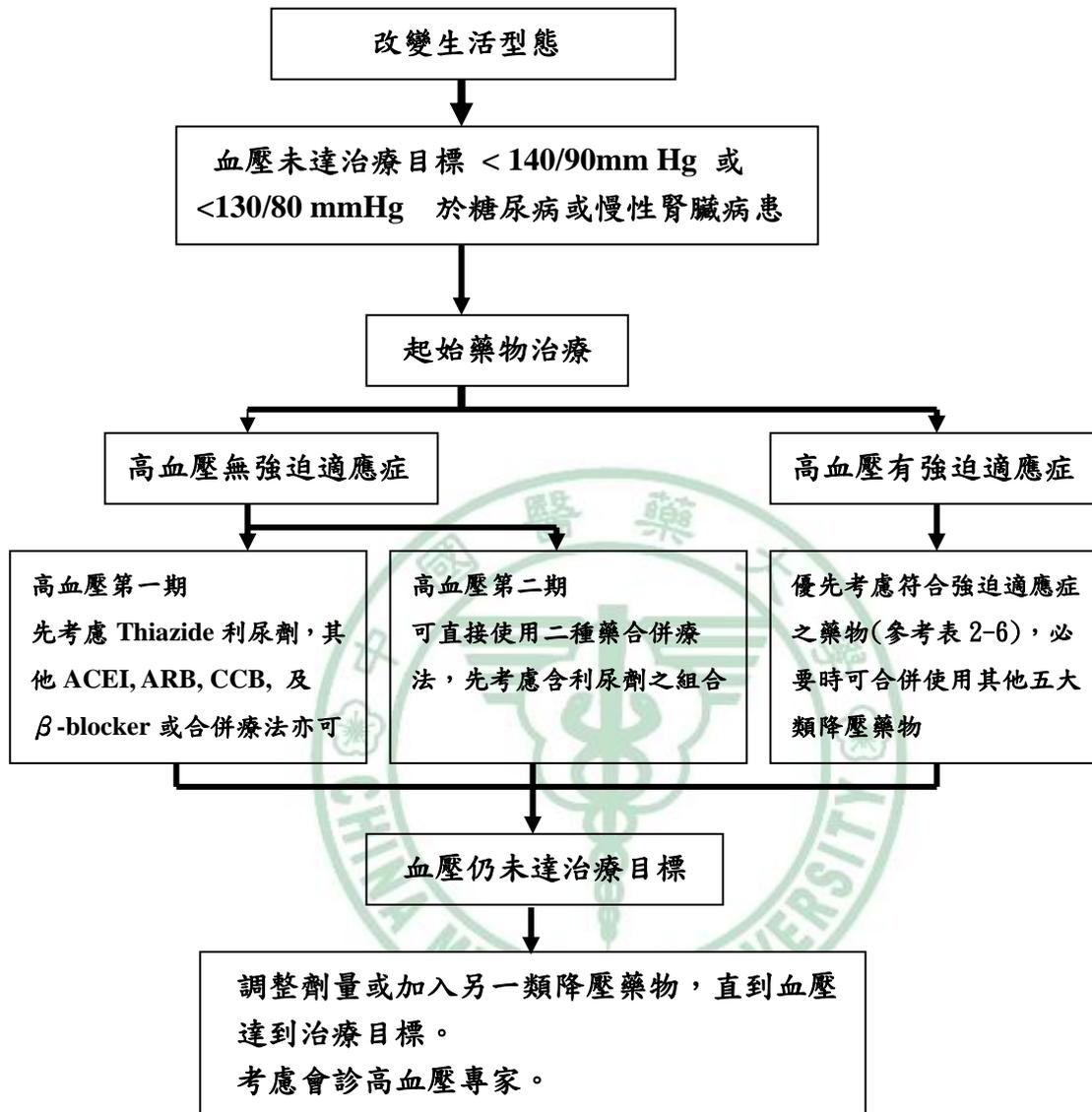


圖 2-4 高血壓治療藥物費用

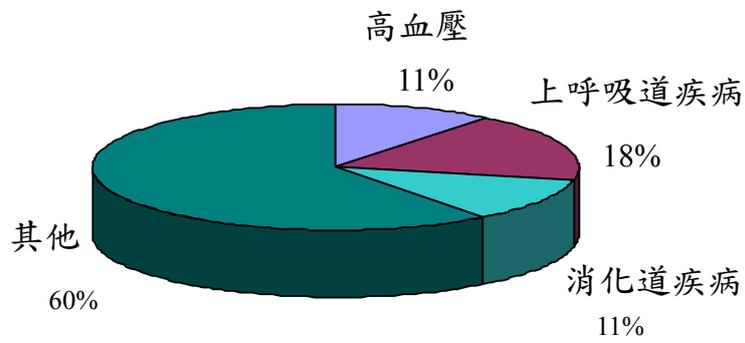


圖 2-5 參與個別總額與否對門診服務量之影響

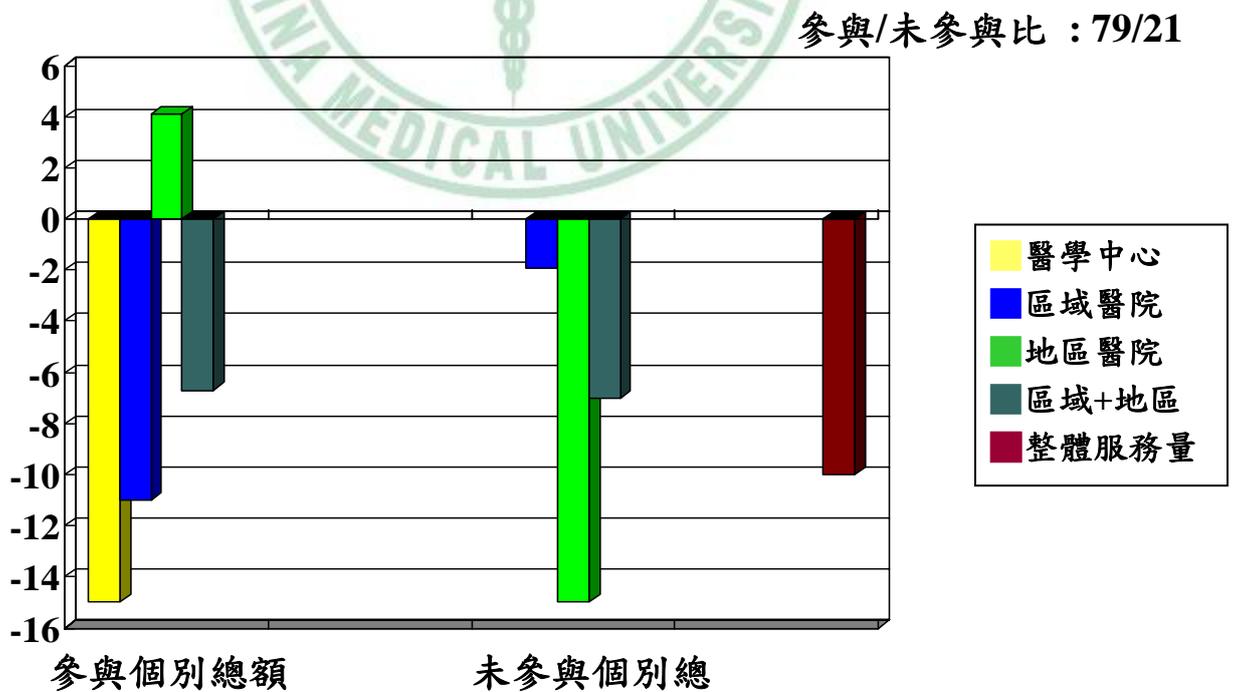


表 2-7 降壓藥物之處方型態相關研究

資料來源 與時間 統計項目	黃肇明 1993	周美惠 1997 (北榮)	王舜睦 2005 (2002-2004)	葉明功 2004 (1999-2001)
平均用藥品項(種)	4.45	3.65-4.76	Nil	3.72-3.29
每件平均藥費(元)	655	1453-1573	1022-1682	616-568
每日藥費(元)	37.7	Nil	52-62 (醫學中心 與區域醫院) 44-50(地區醫院)	57-44
藥費佔率(%)	47	64-72	Nil	52-49
平均給藥天數(天)	19.7	Nil	23-29	14.1-15.0

表 2-8 醫院自主管理與卓越計劃支付原則比較

項目	民國 93 年醫院總額「醫院卓越計劃」支付原則	自主管理 (分局執行內容彙整)
法源	全民健康保險醫療費用支出標準總則第 14 點	全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查第 16 條
參加條件	1.消極條件(未違反本保險特約管理辦法第 34 及 35 條) 2.積極條件(改善方案試辦方案、同意資訊公開)	消極條件
點值(是否參與結算)	以金額支付，不參與點值結算	1.大部份分局參與結算 2.部份分局已將平均點值先納入協商金額，故不參與點值結算
支付金額	較去年同期之成長率以每人醫療給付費用成長率之 1.2 倍為上限	由各分局與參加醫院事先協商。

表 2-8 醫院自主管理與卓越計劃支付原則比較(續)

項目	民國 93 年醫院總額「醫院卓越計劃」支付原則	自主管理 (分局執行內容彙整)
申報點值超過 協商點數(金額) 處理方式	費用原則上以協商金額支付，醫療服務點數超出支付金額部份不予幾付	處理方式包括： 1.超出協商值以上全數扣除。 2.超出之成長率分段設定折付率。 3.按品質指標達成率、或部分項目比率(如急重症)設定不同核扣比率。
申報點值低於 協商點數(金額) 處理方式	轄區分局得依監測目標及醫療服務審查結果，事先協商處理方式。	處理方式包括： 1.以申報醫療服務點數支付。 2.品質指標項目(或急重症)達成率。按協商值給付或設定支付成數。 3.核減費用作為保留款項，作為該自主管理醫院鼓勵醫療品質之回饋點數。
監測目標	1.按「後 SARS 台灣重建計劃-醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計劃及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果，設定監測目標。 2.發展各區域改革策略及訂定分區監測目標。	配合「後 SARS 台灣重建計劃-醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計劃。
監測指標	1.分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義。 2.門住診比例調整為必要指標，以門住診費用比例 45：55 為總體目標。 3.由參加醫院於每季結束後一個月內主動陳報分局。	主要參考 DA 系統及醫院總額支付制度品質確保方案監測指標。

表 2-8 醫院自主管理與卓越計劃支付原則比較(續)

項目	民國 93 年醫院總額「醫院卓越計劃」支付原則	自主管理 (分局執行內容彙整)
協議書	全民健康保險特約醫事服務機構合約之附約。	協商同意或換文補充。
執行報告	每半年選擇轄區一家醫院，由該院於本局「醫院總額支付委員會」報告該轄區參加醫院之執行成效。	無

資料來源：中央健康保險局網站 WWW.nhi.gov.tw，2004 年 7 月 25 日

表 2-9 個別總額對醫院藥行為相關研究

資料來源與時間 統計項目	王舜睦 2005 (2002-2004) 健保局台北分局	方淑雲 2004 (2002-2004) 健保局台北分局
研究對象	高血病患	糖尿病病患
介入措施	自主管理或卓越計畫	自主管理
服務量	1. 醫學中心下降 2. 區域醫院與地區醫院不論參與個別總額與否皆下降	實驗組除 93 年第三季外均較對照組下降
平均給藥天數及平均用藥品項數	1. 醫學中心減少 2. 區域醫院與地區醫院不論參與個別總額與否皆增加	實驗組增加
平均每日藥費	不論參與與否皆上升	實驗組增加
平均每件藥費	不論參與與否皆上升	實驗組增加

第三章 研究方法

第一節 研究假說

本研究之研究假說如下：

- 一、醫院總額額度分配架構中，門診支出上限比率向下大幅修正(由 43.00% 降為 36.47%，圖 3-2)，迫使醫院減少門診量，故高血壓病患門診量將會下降。
- 二、參與個別總額之醫院，除門診量下降外，其每張處方平均藥費、每張處方平均品項數、每張處方平均每日藥費、每張處方平均給藥天數、及處方藥費佔率將會下降。
- 三、未參與個別總額之醫院，除門診量下降外，因藥費列為 1 點 1 元優先扣除，將使醫院有更大誘因開立藥品，賺取利潤，因此可以預測其每張處方平均藥費、每張處方平均品項數、每張處方平均每日藥費、每張處方平均給藥天數、及處方藥費佔率皆會上升。

第二節 研究設計與架構

第一項 研究設計

由於醫院的用藥行為可能在卓越計畫實施前半年就已產生改變趨勢，因此本研究為了要避免這樣的預期心理所產生的偏差影響本研究的結論，所以我們採取的資料將以計畫實施前一年的資料作為基準值，再依是否加入卓越計畫，將研究對象分為實驗組與對照組，藉由實施前後衡量指標的變化量，來探討醫師處方行為是否受到卓越計畫實施的影響。



若是 O₁ 到 O₂ 的改變顯著大於 O₃ 到 O₄ 的改變，則判斷卓越計畫對醫院用藥行為是有所影響的。

為了避免季節因素的影響，我們不採用橫斷式研究的方式來擷取資料，而是以採取一段時間的資料平均值做為研究資料，因此本研究所採用實施前的資料是以 92 年 10 月到 92 年 12 月的指標平均值為測量的標的，實施後的資料則是以 93 年 10 月到 93 年 12 月的指標平均值為測量的標的。

第二項 研究架構

從相關文獻探討得知，支付制度之改變會影響醫療提供者之醫療行為。是否參與個別總額支付制度(卓越計劃)，將嚴重影響醫院經營策略，進而改變醫師之處方行為，本研究之架構如下。

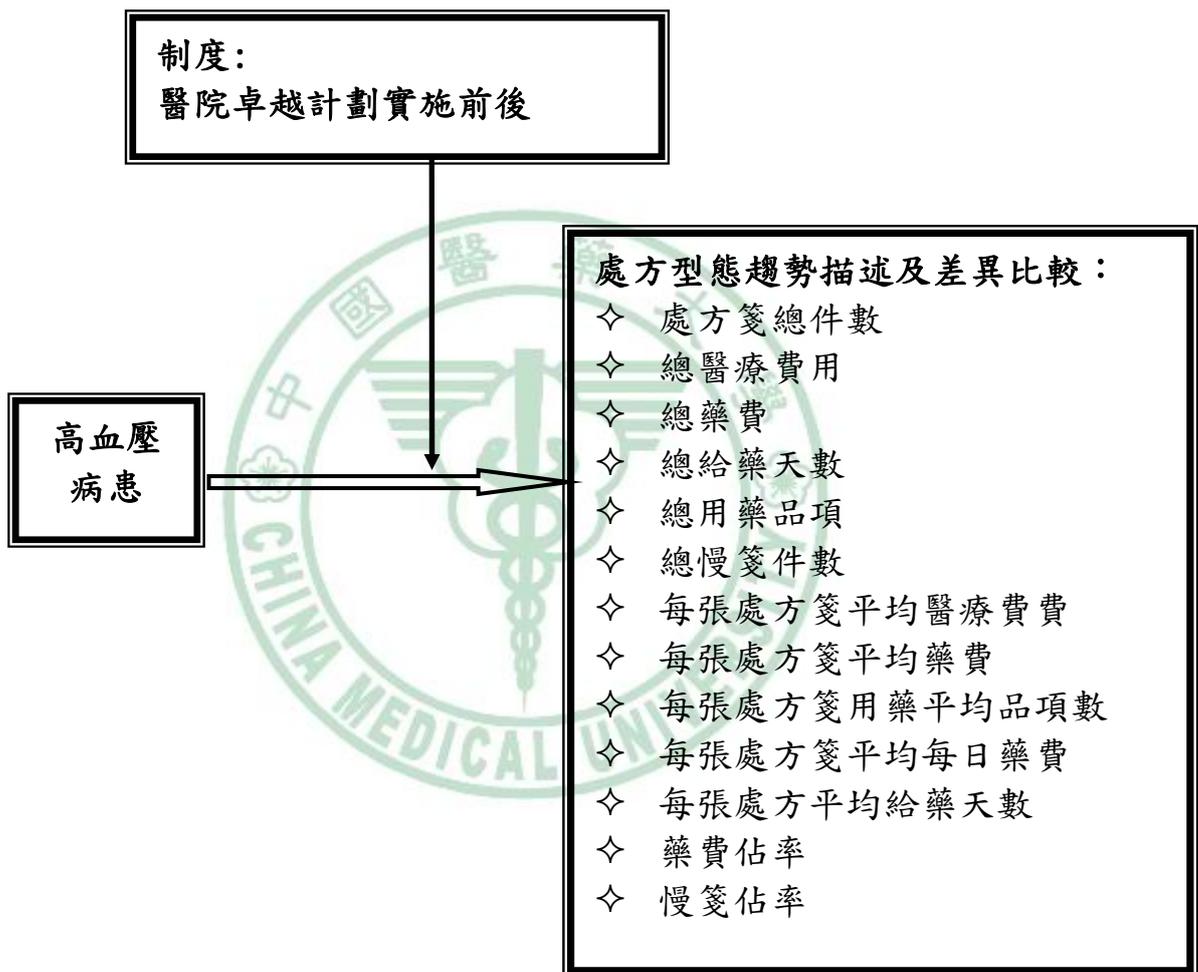


圖 3-1、研究架構

第三項 研究變項

本研究中醫師處方行為將以醫療服務量、醫療品質與醫療費用三個構面來衡量。每個構面的細項指標如表 3-1 所示。

第三節 研究對象與資料來源

一、 研究對象

健保局中區分局轄區特約醫療院所，包含醫學中心、區域醫院、地區醫院，門診處方申報診斷碼(401-405)為高血壓病患。其中參與醫院卓越計劃者(實驗組) 46 家，未參與醫院卓越計劃者(對照組) 58 家，共 104 家。

二、 資料來源

中央健保局中區分局資料庫從民國 92 年 10 月到 12 月(卓越計劃前)與 93 年 10 月到 12 月(卓越計劃後)的醫院門診健保申報及資料檔，包含下列檔案：「門診處方及治療明細檔」、「門診處方醫令檔明細」、「醫院基本資料檔」，及全民健康保險局網站公佈之中區分局轄區參與卓越計劃之醫院名單。

第四節 資料處理流程

本研究之資料來自於全民健康保險中區分局資料庫，選取過程如圖 3-3，說明如下：

一、研究對象資料及檔案資料選取

以民國 92 年 10 月到 12 月及 93 年 10 月到 12 月門診處方明細檔篩選國際疾病分類前 3 碼為 401~405 者，即為本研究對象。進一步挑選研究對象之門診處方明細檔中之醫院代號、身份證字號、出生日期、流水號、給藥天數及費用等資料。

二、門診處方及治療明細檔與門診處方醫令檔明細串檔

透過費用年月、申報類別、醫院代號、申報日期、案件分類及流水號等變項進行串檔，獲取研究對象之用藥資料，包括藥品代碼、單價、總量及金額等。

第五節 研究資料分析

一、分析方法

1. 描述性統計分析：在卓越計畫實施前、後，中部地區參與卓越計畫院(實驗組)與未參與卓越計畫(對照組)以上之醫療院所在醫療服務量、醫療品質與醫療費用等三構面共十三項指標之醫院家數、平均值與標準差的變化情形。
2. 推論性統計分析：首先利用 t 檢定分別檢定成對樣本(實驗組卓越計畫前、後及對照組之卓越計畫前、後)中 13 項指標之平均值是否有統計上顯著之差異。然後再利用 t 檢定分別檢定 13 項指標中實驗組與對照組之平均值差是否有統計上顯著之差異。

二、統計軟體

本研究主要採用 SAS 統計應用軟體進行資料整理、建立及統計分析。

圖 3-2 92 年度醫院醫療給付費用總額分配架構

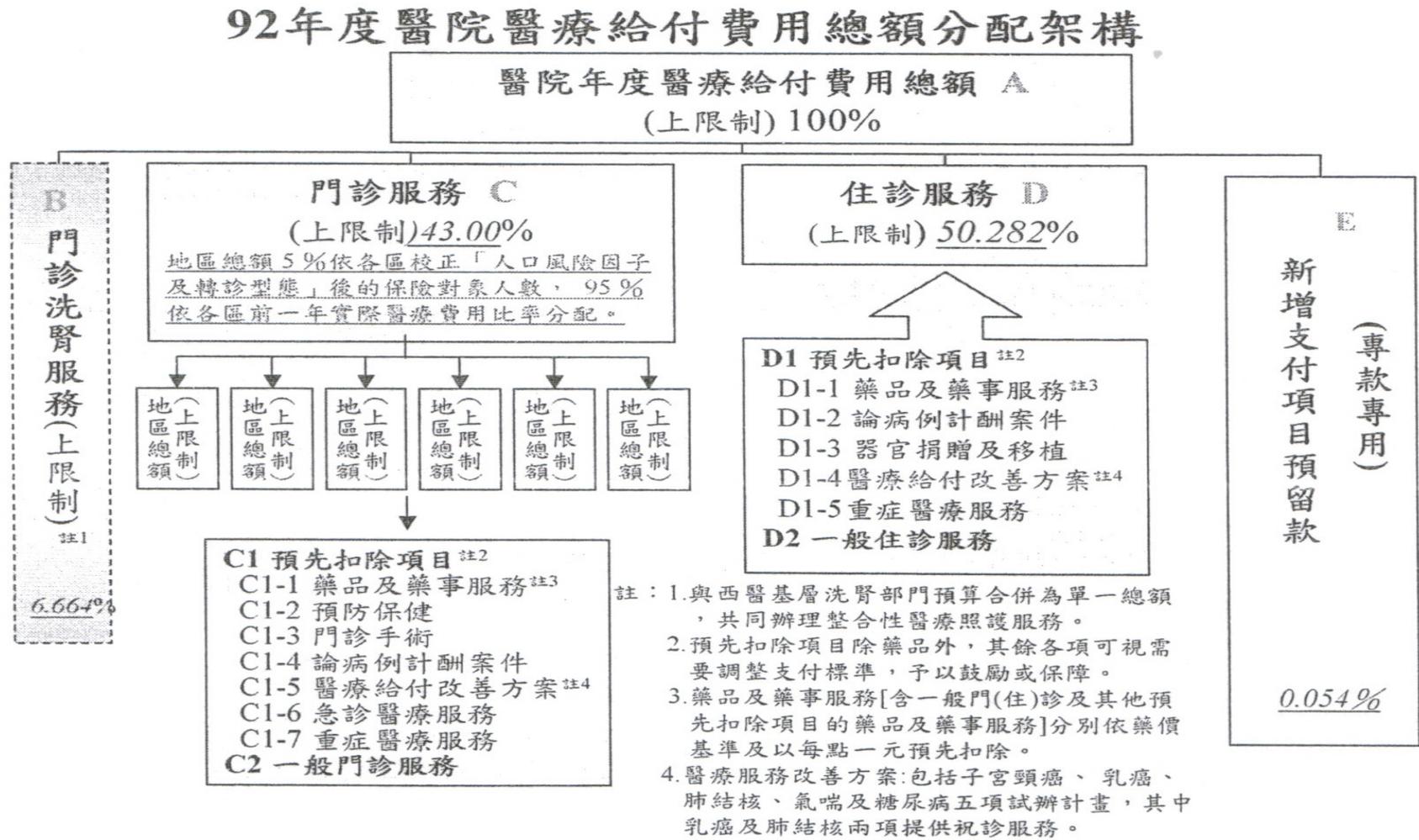


圖 3-3 93 年度醫院醫療給付費用總額分配架構

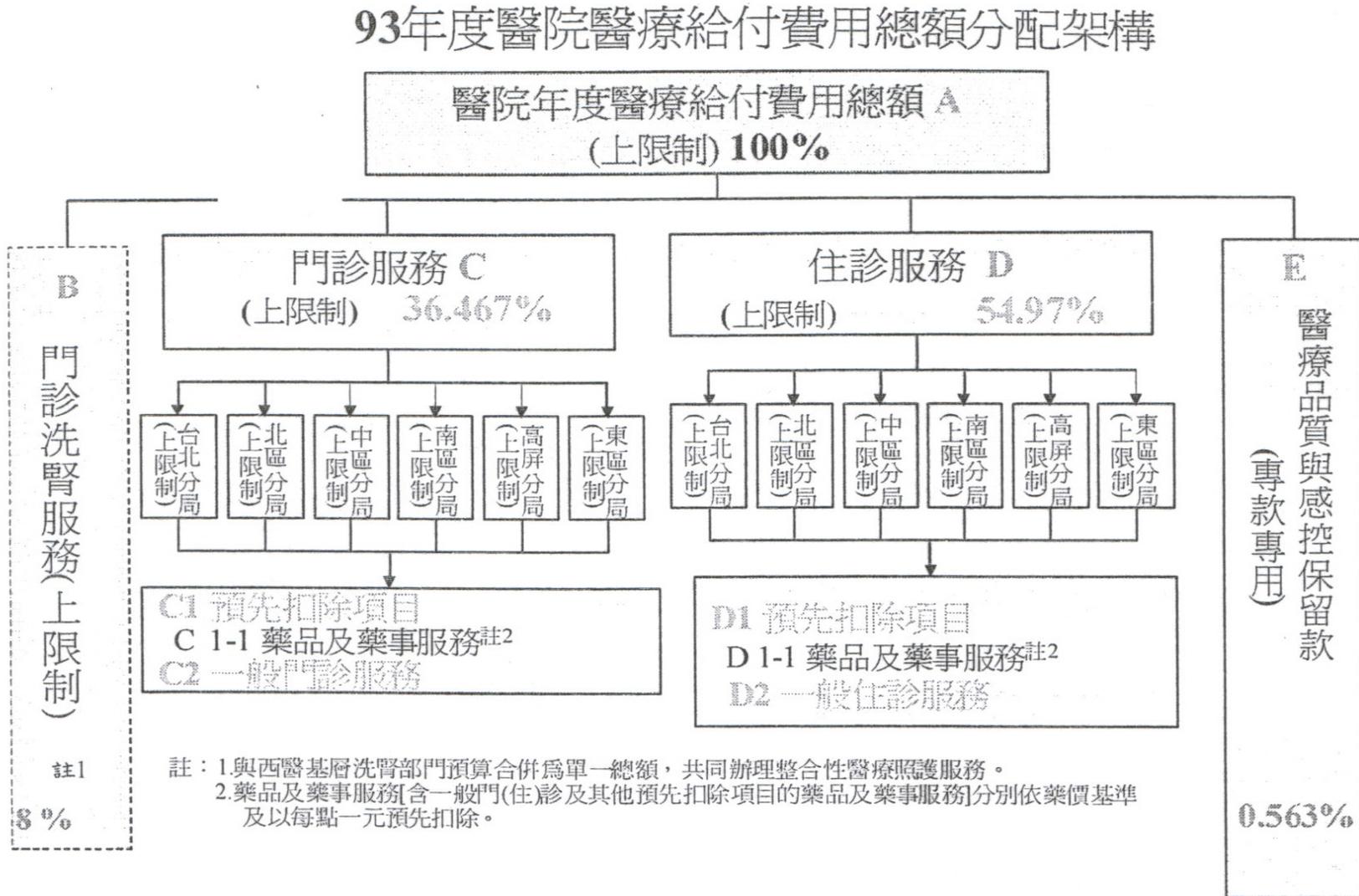


表 3-1 研究變項之操作型定義

構面	衡量指標	操作型定義
醫療服務量	處方箋總件數 總給藥日數 總用藥品項數	總申報件數 總申報日數 總申報藥品醫令項數
醫療品質	平均給藥日數 慢箋總件數 慢箋占率 平均每件用藥品項數 藥費占率	總申報日數除以總申報件數 慢性病處方箋總申報件數 慢性病處方箋總申報件數佔總申報件數的比率 總申報藥品醫令項數除以總申報件數 總申報用藥點數佔總申報醫療點數的比率
醫療費用	總醫療費用 總用藥費用 平均每件醫療費用 平均每件藥費 平均每日藥費	總申報醫療點數 總申報用藥點數 總申報醫療點數除以總申報件數 總申報用藥點數除以總申報件數 總申報用藥點數除以總申報日數

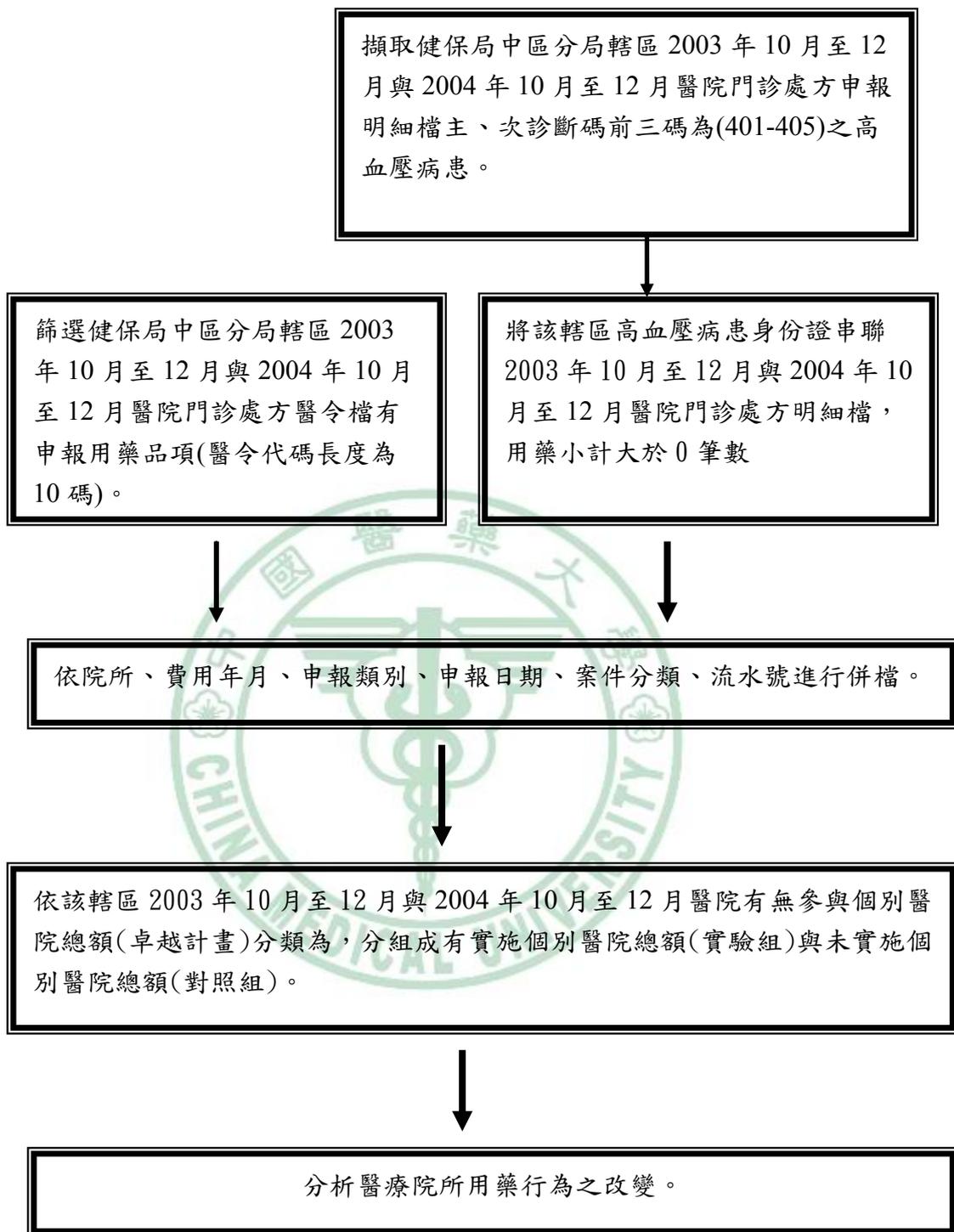


圖 3-4 資料處理流程

第四章 研究結果

第一節 描述性統計分析

本研究以中央健保局中區分局資料庫為來源，依照醫院是否參與卓越計畫，將所得資料詳列於表 4-1，92 年第四季為卓越計畫實施前之資料，93 年第四季為卓越計畫介入後之資料。其變項為處方箋總件數、總醫療點數、總用藥點數、總給藥日數、慢箋總件數、總用藥品項數、平均給藥日數、平均每件藥費、平均每日藥費、平均每件醫療費、平均每件用藥品項數、藥費占率、及慢箋占率共 13 項。

參與卓越計畫的醫院樣本數為 46 家，其中有慢性病處方箋的醫院樣本數分別為 35 家；未參與卓越計畫的醫院樣本數有 58 家，其中有慢性病處方箋的醫院樣本數分別為 38 家。以下針對各變項之平均值和標準差分別敘述。

一、醫療服務量變項

1. 處方箋總件數

有參與卓越計畫的醫院92年平均件數為7,356.20件，標準差為12,360.13，93年平均件數為6,790.72件，標準差11,043.99；未參與卓越計畫的醫院92年平均件數為3,712.55件，標準差為8,568.40，93年平均件數為4,452.22件，標準差為8,823.77。

2. 總給藥日數：

參與卓越計畫的醫院92年總給藥日數為158,848.94，標準差為274,353.95，93年總給藥日數為149,229.77，標準差為251,408.55；未參與卓越計畫的醫院92年總給藥日數為78,005.98，標準差為189,812.74，93年為96,844.41，標準差為196,599.13。

3. 總用藥品項數

參與卓越計畫的醫院92年用藥品項數為4,934.50項，標準差為55,358.43，93年用藥品項數為29,307.47項，標準差45,279.08；未參與卓越計畫的醫院92年用藥品項數為17,889.91項，標準差為39,515.29，93年用藥品項數為20,523.67項，標準差為38,244.42。

二、醫療品質變項

1. 慢箋總件數

參與卓越計畫的醫院92年慢箋總件數為761.17件、標準差為1,759.18，93年慢箋總件數為998.66件，標準差1,941.67；未參與卓越計畫的醫院92年慢箋總件數為529.66件，標準差為1,829.19，93年慢箋總件數為698.93件，標準差為2,183.95。

2. 慢箋占率

有參與卓越計畫的醫院92年慢箋占率為0.05，標準差為0.06，93年慢箋占率為0.10，標準差0.09；未參與卓越計畫的醫院92年

慢箋占率為 0.07，標準差為 0.07，93 年慢箋占率為 0.08，標準差為 0.08。

3. 平均每件用藥品項數

參與卓越計畫的醫院 92 年平均每件用藥品項數為 4.75 項，標準差為 0.79，93 年平均每件用藥品項數為 4.35 項，標準差 0.84；未參與卓越計畫的醫院 92 年平均每件用藥品項數為 4.60 項，標準差為 0.79，93 年平均每件用藥品項數為 4.52 項，標準差為 1.15。

4. 藥費占率

有參與卓越計畫的醫院 92 年藥費占率為 0.69，標準差為 0.07，93 年藥費占率為 0.66，標準差 0.10；未參與卓越計畫的醫院 92 年藥費占率為 0.65，標準差為 0.15，93 年藥費占率為 0.67，標準差為 0.14。

5. 平均給藥日數

參與卓越計畫的醫院 92 年平均給藥日數為 20.11 天，標準差為 3.21，93 年平均給藥日數為 20.16 天，標準差 3.98；未參與卓越計畫的醫院 92 年平均給藥日數為 19.40 天，標準差為 4.16，93 年為 19.75 天，標準差平均給藥日數為 4.00。

三、醫療費用變項

1. 總醫療點數

參與卓越計畫的醫院92年總醫療點數為13,763,253.40，標準差為26,437,741.80，93年總醫療點數為10,684,545.10，標準差為19,841,127.30；未參與卓越計畫的醫院92年總醫療點數為6,200,413.19，標準差為16,496,662.30，93年總醫療點數為7,637,675.90，標準差為16,628,499.50。

2. 總用藥點數

參與卓越計畫的醫院92年總用藥點數為9,927,547.93，標準差為19,506,509.40，93年為7,462,210.47，標準差為14,064,713.80；未參與卓越計畫的醫院92年總用藥點數為4,411,344.29，標準差為12,281,175.50，93年總用藥點數為5,470,473.41，標準差為12,213,885.30。

3. 平均每件醫療費

有參與卓越計畫的醫院92年平均每件醫療費為1,396.81，標準差為458.25，93年平均每件醫療費為1,238.34，標準差為364.13；未參與卓越計畫的醫院92年平均每件醫療費為1,322.48，標準差為641.03，93年平均每件醫療費為1,484.82，標準差為751.59。

4. 平均每件藥費：

參與卓越計畫的醫院92年平均每件藥費為979.82，標準差為380.82，93年平均每件藥費為837.85，標準差320.43；未參與卓越計畫的醫院 92年平均每件藥費為916.37，標準差為599.96，93年平均每件藥費為1,055.51，標準差為696.85。

5. 平均每日藥費：

有參與卓越計畫的醫院 92 年平均每日藥費為 47.88，標準差為 15.06，93 年平均每日藥費為 40.80，標準差為 11.28；未參與卓越計畫的醫院 92 年平均每日藥費為 45.80，標準差為 24.05，93 年平均每日藥費為 51.79，標準差為 28.58。



第二節 統計性推論分析

不論實驗組或對照組，在卓越計畫介入前及後之樣本皆為成對樣本，首先以 t 檢定分別檢定實驗組 13 項變項之平均值在卓越計畫介入後是否有顯著差異。對照組之 13 項變項亦比照辦理，檢測其 93 年第四季與 92 年第四季之各變項平均值是否有顯著差異。其檢定結果如表 4 之 2 (實驗組) 與 4 之 3 (對照組)。

接著再針對兩獨立樣本(實驗組與對照組)在卓越計畫施行後之平均值差作 t 檢定，來檢測實驗組與對照組之 13 項變項在卓越計畫施行後其平均值之改變是否有統計上顯著差異。在作此項 t 檢定之前，我們先針對各個變項作變異數分析，檢測兩獨立樣本之變異程度是否有差異，若兩者變異程度不相等，則採用 Satterthwaite method 來計算 t 值，若兩者變異程度相等(沒有達到顯著性差異)，則採用 Pooled method 來計算 t 值。檢定結果分別敘述如下：

第一項 實驗組在卓越計畫介入後之變化

一、醫療服務量構面：

不論是處方箋總件數($t = -1.47, p > 0.05$)或總給藥日數($t = -1.10, p > 0.05$)，雖有減少，但皆未達統計上之顯著差異。總用藥品項數下降 ($t = -2.81, p < 0.01$)，且達統計上顯著差異。

二、醫療品質構面：

慢性處方箋總件數 ($t = 2.60, p < 0.015$) 與慢箋佔率($t = 5, p < 0.01$) 皆增加，且達統計上顯著差異，平均每張處方箋用藥品項數則下降 ($t = -4.44, p < 0.01$)，且達統計上顯著差異。而藥費佔率 ($t = 1, p > 0.05$) 與平均給藥天數($t = 1.38, p > 0.05$)則無明顯改變。

三、醫療費用構面：

此構面之五項指標包括總醫療費用($t = -2.78, p < 0.05$)、總藥費 ($t = -2.70, p < 0.05$)、平均每件醫療費用 ($t = -4.98, p < 0.01$)、平均每件藥費 ($t = -5, p < 0.01$)與平均每日藥費($t = -5.61, p < 0.01$)皆明顯下降，且達統計上顯著差異。

第二項 對照組(未參與)在卓越計畫施行後之變化

一、醫療服務量構面：

不論是處方箋總件數($t = 2.93, p < 0.01$)或總給藥日數($t = 3.41, p < 0.01$)，皆明顯增加且達統計顯著差異，總用藥品項數雖有增加 ($t = 1.91, p > 0.05$)，但未達統計上顯著差異。

二、醫療品質構面：

慢性處方箋總件數 ($t = 3.09, p < 0.01$)、慢箋佔率($t = 3, p < 0.01$)與平均給藥天數($t = 2.06, P < 0.05$) 皆增加，且達統計上顯

著差異，平均每張處方箋用藥品項數則下降($t = -3.5, P < 0.01$)，且達統計上顯著差異。而藥費佔率($t = 1, P > 0.05$)則無明顯改變。

三、醫療費用構面：

總醫療費用($t = 2.90, P < 0.01$)與總藥費($t = 2.70, P < 0.01$)兩者皆明顯增加，且達統計上顯著差異，平均每件醫療費用($t = 1.40, P > 0.05$)、平均每件藥費($t = 1.35, P > 0.05$)與平均每日藥費($t = 0.76, P > 0.05$)雖有增加趨勢，但未達統計上顯著差異。

第三項 實驗組與對照組在卓越計畫施行後之差異

一、醫療服務量構面：

不論是處方箋總件數($t = 3.27, P < 0.05$)、總給藥日數($t = 0.46, P > 0.05$)或總用藥品項數($t = 3.37, P < 0.05$)對照組相較於實驗組皆有明顯增加，且達到統計上顯著差異。

二、醫療品質構面：

不論是慢箋總件數($t = -0.45, P > 0.05$)、慢箋佔率($t = -1.57, P > 0.05$)、平均每件用藥品項數($t = 1.03, P > 0.05$)、平均給藥日數($t = 0.46, P > 0.05$)及藥費佔率($t = 1.52, P > 0.05$)，實驗組相較於對照組皆無統計顯著差異。

三、醫療費用構面：

此構面之五項指標包括總醫療點數($t = 3.64, P < 0.01$)、總用

藥點數($t=3.46, P<0.01$)、平均每件醫療費($t=4, P<0.05$)、平均每件藥費($t=3.77, P<0.05$)、平均每日藥費($t=3.60, P<0.05$)，對照組相較於實驗組皆有明顯增加，且達到統計上顯著差異。

第四項 95% 信賴區間

一、實驗組在卓越計畫介入後之變化

1. 醫療服務量構面：

- (1) 處方箋總件數：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在-990 與 154 之間，因跨越零，顯示雖有減少趨勢，但無統計顯著差異。
- (2) 總給藥日數：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在 -17,956 與 5,206 之間，因跨越零，顯示雖有減少趨勢，但無統計顯著差異。
- (3) 總用藥品項數：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在 -8,563 與-1,417 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。

2. 醫療品質構面：

- (1) 慢箋總件數：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在 89 與 71 之間，因未包含零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。

- (2) 慢箋占率：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在 3 與 7 之間，因未包含零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。
- (3) 平均給藥日數：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在-0.20 與 1.05 之間，因跨越零，顯示雖有增加趨勢，但無統計顯著差異。
- (4) 平均每件用藥品項數：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在 -0.58 與到-0.22 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (5) 藥費占率：卓越計畫介入後之平均值變化，95% 信賴區間落在-3 到 1 之間，因跨越零，顯示雖有減少趨勢，但無統計顯著差異。

3. 醫療費用構面：

- (1) 總醫療點數：卓越計畫介入後之平均值變化，95%信賴區間落在 -4,908,959 到-783,944 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (2) 總用藥點數：卓越計畫介入後之平均值變化，95%信賴區間落在 -4,019,102 與-587,132 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。

- (3) 平均每件醫療費：卓越計畫介入後之平均值變化，95%信賴區間落在 -207 與- 88 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (4) 平均每件藥費：卓越計畫介入後之平均值變化，95%信賴區間落在 -175 與-76 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (5) 平均每日藥費：卓越計畫介入後之平均值變化，95%信賴區間落在 -9.14 與-4.32 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。

二、對照組在卓越計畫實施之變化

1. 醫療服務量構面：

- (1) 處方箋總件數：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 304 與 1172 之間，因未跨越零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。
- (2) 總給藥日數：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 7,038 與 27,199 之間，因未跨越零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。
- (3) 總用藥品項數：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 -94 與 3563 之間，因包含零，顯示雖有增加趨勢，

但未達統計顯著差異。

2. 醫療品質構面：

- (1) 慢箋總件數：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 109 與 528 之間，因未包含零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。
- (2) 慢箋占率：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 1 與 5 之間，因未包含零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。
- (3) 平均給藥日數：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 0.02 與 1.22 之間，因未跨越零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。
- (4) 平均每件用藥品項數：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 -0.44 與到-0.12 之間，因未包含零，顯示有減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (5) 藥費占率：卓越計畫實施後之平均值變化，95% 信賴區間落在 -1 到 3 之間，因跨越零，顯示雖有增加趨勢，但無統計顯著差異。

3. 醫療費用構面：

- (1) 總醫療點數：卓越計畫實施後之平均值變化，95%信賴區間

落在 355,002 到 1,,954,778 之間，因未包含零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。

(2) 總用藥點數：卓越計畫實施後之平均值變化，95%信賴區間落在 213,031 與 1,455,013 之間，因未包含零，顯示有增加少趨勢，且達統計顯著差異。

(3) 平均每件醫療費：卓越計畫實施後之平均值變化，95%信賴區間落在 -26 與 146 之間，因包含零，顯示有增加趨勢，但未達統計顯著差異。

(4) 平均每件藥費：卓越計畫實施後之平均值變化，95%信賴區間落在 -27 與 139 之間，因包含零，顯示有增加趨勢，但未達統計顯著差異。

(5) 平均每日藥費：卓越計畫實施後之平均值變化，95%信賴區間落在 -2.43 與 5.37 之間，因包含零，顯示有增加趨勢，且達統計顯著差異。

三、實驗組與對照組在卓越計畫施行後之差異

1. 醫療服務量構面：

(1) 處方箋總件數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 497 與 1815 之間，因未跨越零，顯示對照組相較於實驗組有明顯增加趨勢，且達統計顯著差

異。

- (2) 總給藥日數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 9,259 與 37,727 之間，因未跨越零，顯示對照組相較於實驗組有明顯增加趨勢，且達統計顯著差異。
- (3) 總用藥品項數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 3,133 與 10,315 之間，因未跨越零，顯示對照組相較於實驗組有明顯增加趨勢，且達統計顯著差異。

2.醫療品質構面：

- (1) 慢箋總件數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 -372 與 206 之間，因跨越零，顯示實驗組相較於對照組，無統計顯著差異。
- (2) 慢箋占率：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 -21.4 與 17.4 之間，因跨越零，顯示實驗組相較於對照組，無統計顯著差異。
- (3) 平均給藥日數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 -0.62 與 1.00 之間，因跨越零，顯示實驗組相較於對照組，無統計顯著差異。

- (4) 平均每件用藥品項數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 -0.10 與 0.34 之間，因跨越零，顯示實驗組相較於對照組，無統計顯著差異。
- (5) 藥費占率：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 -25 與 29 之間，因跨越零，顯示實驗組相較於對照組，無統計顯著差異。

3. 醫療費用構面：

- (1) 總醫療點數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 2,046,615 與 5,956,067 之間，因未跨越零，顯示實驗組相較於對照組有明顯減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (2) 總用藥點數：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 1,528,995 與 4,745,283 之間，因未跨越零，顯示實驗組相較於對照組有明顯減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (3) 平均每件醫療費：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 106 與 308 之間，因未跨越零，顯示實驗組相較於對照組有明顯減少趨勢，且達統計顯著差異。

- (4) 平均每件藥費：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 87 與 275 之間，因未跨越零，顯示實驗組相較於對照組有明顯減少趨勢，且達統計顯著差異。
- (5) 平均每日藥費：卓越計畫介入後實驗組與對照組之平均值差變化，95% 信賴區間落在 3.7 與 12.7 之間，因未跨越零，顯示實驗組相較於對照組有明顯減少趨勢，且達統計顯著差異。



表 4-1 13 項指標之醫院家數、平均值與標準差

變數	年度	實驗組		對照組	
		92 年 Q4	93 年 Q4	92 年 Q4	93 年 Q4
處方箋 總件數	N	46	46	58	58
	MEAN	7,356.20	6,790.72	3,712.55	4,452.22
	S.D	12,360.13	11,043.99	8,568.40	8,823.77
總醫療 點數	N	46	46	58	58
	MEAN	13,763,253.40	10,684,545.10	6,200,413.19	7,637,675.90
	S.D	26,437,741.80	19,841,127.30	16,496,662.30	16,628,499.50
總用藥 點數	N	46	46	58	58
	MEAN	9,927,547.93	7,462,210.47	4,411,344.29	5,470,473.41
	S.D	19,506,509.40	14,064,713.80	12,281,175.50	12,213,885.30
總給藥 日數	N	46	46	58	58
	MEAN	158,848.94	149,229.77	78,005.98	96,844.41
	S.D	274,353.95	251,408.55	189,812.74	196,599.13
慢箋 總件數	N	35	35	38	38
	MEAN	761.17	998.66	529.66	698.93
	S.D	1,759.18	1,941.67	1,829.19	2,183.95
用藥品項數	N	46	46	58	58
	MEAN	34,934.50	29,307.47	17,889.91	20,523.67
	S.D	55,358.43	45,279.08	39,515.29	38,244.42
平均 給藥日數	N	46	46	58	58
	MEAN	20.11	20.16	19.40	19.75
	S.D	3.21	3.98	4.16	4.00
藥費占率%	N	46	46	58	58
	MEAN	69	66	65	67
	S.D	7	10	15	14
平均 每件藥費	N	46	46	58	58
	MEAN	979.82	837.85	916.37	1,055.51
	S.D	380.82	320.43	599.96	696.85
平均 每日藥費	N	46	46	58	58
	MEAN	47.88	40.80	45.80	51.79
	S.D	15.06	11.28	24.05	28.58
慢箋占率%	N	35	35	38	38
	MEAN	5	10	7	8
	S.D	6	9	7	8

表 4-1 13 項指標之醫院家數、平均值與標準差(續)

平均每件 醫療費	N	46	46	58	58
	MEAN	1,396.81	1,238.34	1,322.48	1,484.82
	S.D	458.25	364.13	641.03	751.59
平均每件 用藥品項 數	N	46	46	58	58
	MEAN	4.75	4.35	4.80	4.52
	S.D	0.79	0.84	0.79	1.15

表 4-2 實驗組在卓越計劃實施前後之差異

依變項	n	平均值差	標準誤	統計值	95% 信賴區間
處方箋總 件數	46	-418	284	-1.47	-990 ~ 154
總給藥日數	46	-6,375	5750	-1.10	-17,956 ~ 5,206
總用藥品 項數	46	-4,990	1,774	-2.81*	-8,563 ~ -1,417
平均給藥 日數	46	0.43	0.31	1.38	-0.20 ~ 1.05
慢箋總件數	35	401	154	2.60*	89 ~ 711
慢箋占率%	35	5	1	5*	3 ~ 7
平均每件用藥 品項數	46	-0.40	0.09	-4.44*	-0.58 ~ -0.22
藥費占率	46	-1	1	1	-3 ~ 1
總醫療點數	46	-2,846,451	1,024,034	-2.78*	-4,908,959 ~ -783,944
總用藥點數	46	-2,303,117	851,986	-2.70*	-4,019,102 ~ -587,132
平均每件 藥費	46	-125	25	-5*	-175 ~ -76
平均每日 藥費	46	-6.73	1.20	-5.61*	-9.14 ~ -4.32
平均每件醫療 費	46	-147	29	-4.98*	-207 ~ -88

* p<0.05

表 4-3 對照組在卓越計劃實施前後之差異

依變項	n	平均值差	標準誤	統計值	95% 信賴區間
處方箋					
總件數	58	738	216	2.93*	304 ~ 1172
總給藥日數	58	17,118	5013	3.41*	7,038 ~ 27,199
總用藥品 項數	58	1734	909	1.91	-94 ~ 3563
平均給藥 日數	58	0.62	0.30	2.06	0.02 ~ 1.22
慢箋總件數	38	318	103	3.09*	109 ~ 528
慢箋占率%	38	3	1	3*	1 ~ 5
總用藥品 項數	58	1734	909	1.91	-94 ~ 3563
平均每件 用藥品項數	58	-0.28	0.08	-3.5*	-0.44 ~ -0.12
藥費占率%	58	1	1	1	-1 ~ 3
總醫療點數	58	1,154,890	397,796	2.90*	355,002 ~ 1,954,778
總用藥點數	58	834,022	308,828	2.70*	213,031 ~ 1,455,013
平均每件 藥費	58	56	41	1.35	-27 ~ 139
平均每日 藥費	58	1.47	1.94	0.76	-2.43 ~ 5.37
平均每件 醫療費	58	60	43	1.40	-26 ~ 146

* p<0.05

表 4-4 實驗組與對照組在卓越計劃實施後之差異

依變項	統計方法	樣本數 N	平均值差	標準差	統計值	95%信賴區間
處方箋 總件數	Pooled	實驗組 46	-418	1926	3.27*	1156 ± 659
		對照組 58	738	1511		
總給藥 日數	Pooled	實驗組 46	-6,375	38,999	3.09*	23493±14234
		對照組 58	17,118	35,091		
總用藥 品項數	Satterthwaite	實驗組 46	-4990	12,032	3.37*	6724±3591
		對照組 58	1,734	6,366		
平均給 藥日數	Pooled	實驗組 46	0.43	2.09	0.46	0.19±0.81
		對照組 58	0.62	2.09		
慢箋總 件數	Satterthwaite	實驗組 35	401	910	-0.45	-83± 289
		對照組 38	318	591		
慢箋占 率%	Satterthwaite	實驗組 35	5	6.4	-1.57	-2± 19.4
		對照組 38	3	3.6		
平均每 件用藥 品項數	Pooled	實驗組 46	-0.4	0.60	1.03	0.12 ± 0.22
		對照組 58	-0.28	0.56		
藥費占 率%	Satterthwaite	實驗組 46	-1	4.1	1.52	2 ± 27
		對照組 58	1	8.6		
總醫療 點數	Satterthwaite	實驗組 46	-2,846,451	6,950,000	3.64*	4,001,341 ± 1,954,726
		對照組 58	1,154,890	2,780,000		
總用藥 點數	Satterthwaite	實驗組 46	-2,303,117	5,780,000	3.46*	3,137,139 ± 1,608,144
		對照組 58	834,022	2,160,000		
平均每 件藥費	Satterthwaite	實驗組 46	-125	167	3.77*	181 ± 94
		對照組 58	56	289		
平均每 日藥費	Satterthwaite	實驗組 46	-6.73	8.20	3.6*	8.2 ± 4.5
		對照組 58	1.47	13.58		
平均每 件醫療 費	Satterthwaite	實驗組 46	-147	200	4*	207 ± 101
		對照組 58	60	299		

* P<0.05

圖 4-1 卓越計畫施行前後變化:醫療服務量構面

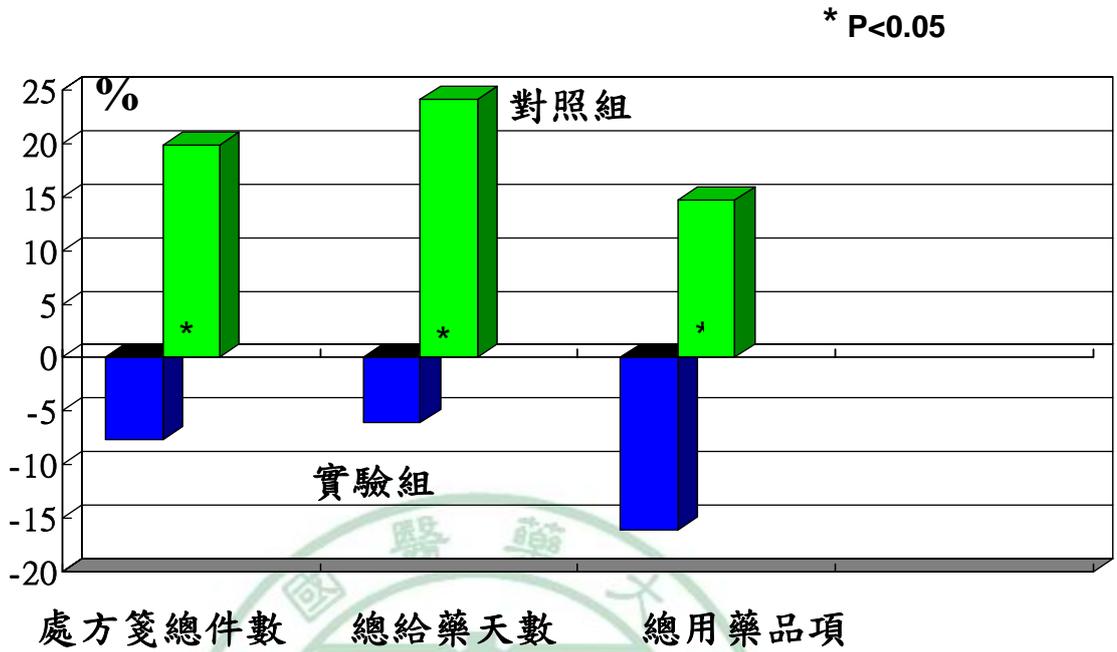


圖 4-2 卓越計畫施行前後變化:醫療品質構面

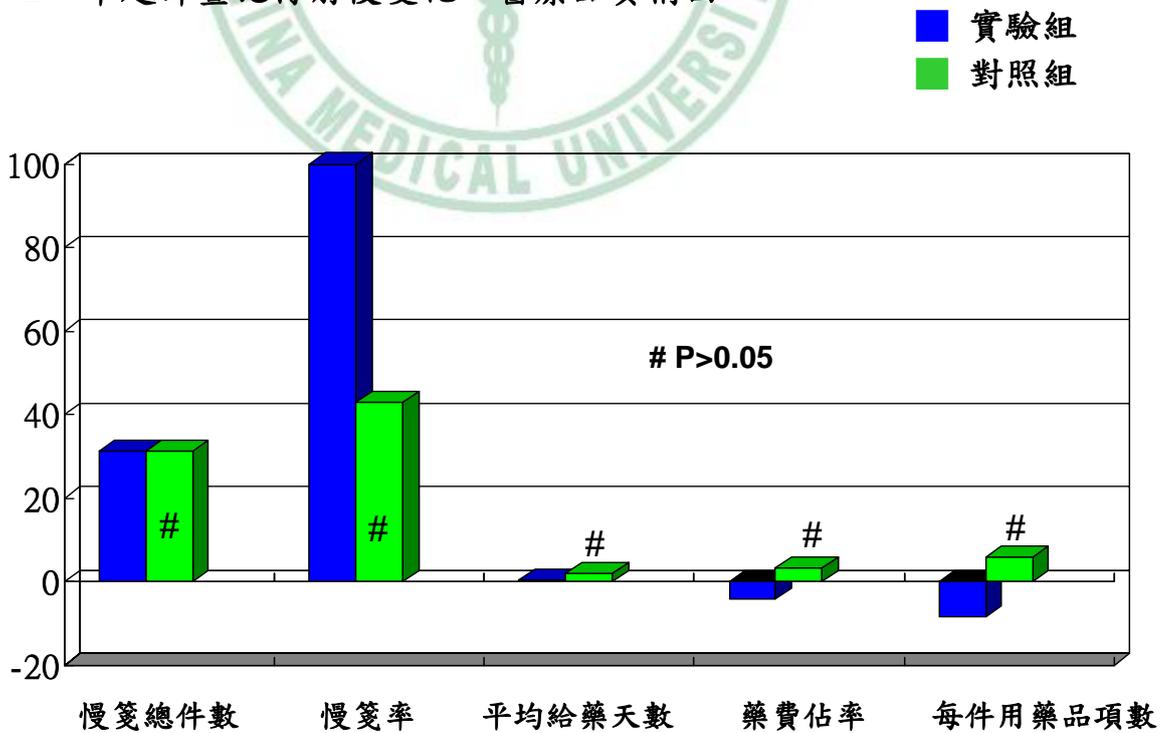
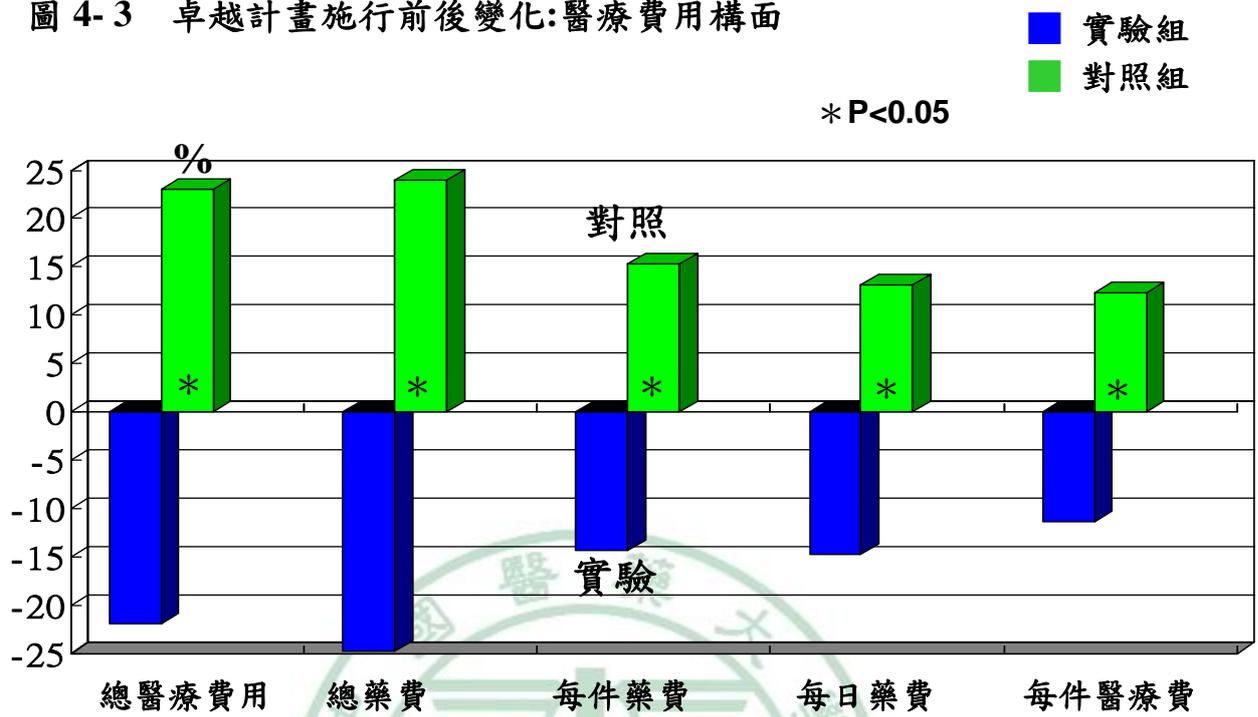


圖 4-3 卓越計畫施行前後變化:醫療費用構面



第五章 討論

第一節 結果討論

本研究主要是探討實施卓越計畫(個別醫院總額)後，健保局中區分局轄區有參與卓越計畫之醫療院所為實驗組，在醫療服務量、醫療品質、及醫療費用等三個構面與未參與卓越計畫醫院之對照組做比較，探討醫師處方型為是否有所改變。以下就針對此三個構面分別做討論：

一、醫療服務量構面

本構面三項指標包括處方總件數、總給藥天數與總用藥品項數皆與醫療服務量有密切相關。本研究第一個研究假設為醫院總額額分配架構中，門診支出上限比率向下大幅修正(由 43.00% 降為 36.47%)，迫使醫院減少門診量，故高血壓病患門診量將會下降。不論是否參與卓越計畫因限於門診給付額度，理論上醫療服務量皆應下降，但未參與卓越計畫之醫療院所，仍處於叢林市場競爭，為避免被稀釋，可能「以量充價」，因而服務量不減反增。卓越計畫實施後，對照組相較於實驗組，不論在處方總件數、總給藥天數或總用藥品項數皆有顯著增加。但個別就實驗組來看，其處方總件數與總給藥天數雖有下降趨勢，但未達統計意義。雖然有醫院採嚴格減診、限診與轉診策略，以減少門診服務量，但門診服務量未大量降低

可能原因有(一) 嚴格減診、限診與轉診，雖可解燃眉之急，但有傷醫院形象與信譽，不利醫院永續經營(二)減少門診服務量，直接衝擊醫師之績效，醫師可能改採降低每件醫療費或藥費來因應。總給藥天數下降可能導因於總申報件數減少。醫師雖可能以縮短給藥天數，增加病患回診次數，以增加醫師個人績效，但醫院因診療費增加反而不利費用管控，且此舉對總給藥天數影響不大。總用藥品項數在實驗組有顯著下降，除了受服務量下降之影響外，可能是醫師不願再開立其他與治療高血壓無直接相關之藥品，或是開立藥價相對便宜之固定劑量之複合藥品(原先兩、三種品項變成一種品項)。對照組不論在處方總件數或總給藥天數，在卓越計畫實施後皆顯著增加，可能原因有(一) 高血壓病患增加 (二)病患轉移，因實驗組醫療院所減診、限診與轉診。總用藥品項數之改變，受影響因素較多較複雜，不完全受服務量影響，高血壓患者常合併其他疾病，醫師若為討好患者(或因患者要求，或因配合全人醫療，或為病患省錢)，則開立之用藥品項數即增多；反之若為配合醫院政策(提供病患更專業照護)，要病患同時看診兩、三科，分開開藥則開立之用藥品項數即減少。

依本研究第一個假設，因受限於門診給付額度大幅縮水，不論參與個別總額與否，醫療服務量皆會下降。但在本研究中，實驗

組僅下降 7% ，而對照組則大幅成長 20% 。此結果與方淑雲之糖尿病資料庫研究結果相似，但與王舜睦之研究結果不同。在王氏的研究中參與個別總額之醫學中心與區域醫院門診量固然下降，但地區醫院卻有上升趨勢。而未參與之區域與地區醫院皆下降（財團法人區域醫院與公立地區醫院除外）（見圖 2 之 5）。

若將慢箋因素列入考量，則實驗組之門診服務總量將由個別總額前之每季 391,646 增加為 407,042 ，增加 4%而非下降 7% 。對照組之門診服務總量將由個別總額前之每季 255,576 增加為 319,728 ，增加 25%而非下降 20%。在王氏與方氏之研究中，因無慢箋資料，因此無法分析比較。若將慢箋佔率大幅提升為 20%，則服務量將下降為 75%，醫院根本不必限診、轉診、減診與停診。

二、醫療品質構面

本構面包括慢性處方箋(慢箋)總件數、慢箋佔率、平均給藥天數、平均每張處方用藥品項與藥費佔率等五項指標，本構面主要想檢視是否卓越計畫之實施會影響高血壓患者之權益。依本研究第二及第三個假設，參與卓越計劃之醫院，每張處方平均品項數、每張處方平均給藥天數、及藥費佔率將會下降。未參與卓越計劃之醫院，可以預測其每張處方平均品項數、每張處方平均給藥天數、及藥費佔率皆會上升。從病患觀點來看，若病情無變化，給藥天數下

降及給藥品項數下降，將造成不便。慢箋件數與慢箋佔率下降亦可能造成不便。若因少開藥或多檢查，造成藥費佔率下降，可能影響醫療品質。在服務量減少前提下，醫師為增加績效，可能少開藥(多開藥只會衝暴額度且無益績效)，縮短給藥天數，多作檢查(有益績效)，因此平均給藥品項數、給藥天數、藥費佔率皆可能下降。

在卓越計畫實施後，實驗組在此構面所有指標與對照組相比較，皆無統計顯著差異。也就是說個別醫院總額之實施，並未造成高血壓病患平均領藥天數減少、慢箋使用減少、平均用藥品項減少與藥費佔率減少等。實驗組與對照組之用藥行為在本構面雖無不同，但個別指標卻有不同改變，分別敘述如下：

1. 慢箋總件數與慢箋佔率：

不論是實驗組或對照組，在實施個別醫院總額後，慢箋總件數與慢箋佔率皆顯著增加，推論可能原因有四，(一)為慢性高血壓病患人數增加，因而造成慢箋總件數不論在實驗組或是對照組皆增加；(二)慢性處方箋之開立，可降低門診的數量，所以實驗組醫院政策會傾向鼓勵醫師開立慢性病處方箋。(三)影響醫師開立慢箋最大誘因應該是給予較高績效點數，健保局對釋出慢性病處方箋也給予較高診療費，因而造成實驗組與對照組的慢箋總件數與慢箋率皆增加。(四)雖然卓越計畫在指標監控項目

中，對開立慢性病連續處方箋百分比有要求，但並未落實，因此與未參與卓越計畫之醫院相比並無顯著差異。

2. 平均每件用藥品項數：

實驗組與對照組在平均每件用藥品項數皆有顯著下降，這在實驗組很容易解釋，可能是醫師不願再開立其他與治療高血壓無直接相關之藥品。而對照組下降的原因就較耐人尋味，醫師開立固定劑量之複合藥品，可能是其中原因之一。

3. 平均給藥日數：

實驗組之平均給藥日數雖有增加趨勢，但未達統計意義。高血壓為慢性病需長期服藥，醫師雖可能以縮短給藥天數，增加病患回診次數，以增加醫師個人績效，但醫院因診療費增加反而不利費用管控。而慢箋(至少 28 天)佔率之增加可能延長平均給藥日數，因此實驗組之平均給藥日數沒有明顯改變。對照組平均給藥日數則有顯著增加，一方面是由於慢箋佔率之增加，另一方面則可能醫師不必因服務量被限制而縮短給藥天數。

4. 藥費占率：

實驗組在藥費佔率有減少趨勢，而對照組則有增加之趨勢，但兩者皆未達統計意義。因為藥品屬高成本，而影像檢查與實驗室檢驗為相對低成本，實驗組醫院為有效管控成本，且獲取

最大利潤，可能不管控檢驗檢查，而嚴格管控藥費，因此藥費佔率可能大幅下降。對照組則因藥費列為 1 點 1 元優先扣除，將使醫院有更大誘因開立藥品，賺取利潤，因此藥費佔率可能大幅上升。但此兩種情形在本研究皆未顯現。

實驗組平均每件用藥品項數下降，與本研究假設相符，此結果與王氏及方氏之研究結果不同。實驗組平均給藥日數並未有明顯改變，與本研究假設不符，此結果與王氏及方氏之研究結果亦不同。實驗組藥費佔率並未有明顯改變，與本研究假設不符，在王氏及方氏之研究中亦無資料可分析比較。慢箋總件數與慢箋佔率，在王氏及方氏之研究中並無資料可分析比較。

三、醫療費用構面

本構面包含總醫療費用、總藥費、平均每件醫療費用、平均每件藥費與平均每日藥費等五個指標。在卓越計畫實施後，實驗組在本構面所有指標用皆顯著低於對照組。本研究之第二個假設為參與卓越計畫之醫院，其總醫療費用、總藥費、每張處方平均醫療費、每張處方平均藥費、每張處方平均每日藥費、每張處方平均品項數、每張處方平均給藥天數、及處方藥費佔率將會下降。第三個假設為未參與卓越計畫之醫院，因藥費列為 1 點 1 元優先扣除，將使醫院有更大誘因開立藥品，賺取利潤，因此可以預測其總醫療費用、總藥費、每張處方

平均醫療費、每張處方平均藥費、每張處方平均每日藥費、每張處方平均給藥天數、每張處方平均品項數、及處方藥費佔率皆會上升。後三項指標已討論過，接著就前五項指標分別討論如下：

1. 總醫療點數

在卓越計畫實施後，實驗組明顯下降，而對照組明顯上升，且皆達統計意義。實驗組總醫療費用下降可能原因有三：(一)為醫院總申報用藥點數減少，總醫療點數相對減少。(二)總申報件數減少，相對的總醫療點數也跟著減少。(三)因藥費佔率沒有明顯改變表示實驗組醫院對檢查、檢驗亦有管控，使總醫療費用減少。對照組總醫療費用增加可能原因亦有三：(一)為醫院總藥費增加，總醫療點數相對增加。(二)為高血壓病患增加，服務量增加，使得總醫療點數增加。(三)因藥費佔率沒有改變，表示檢查、檢驗亦有增加，使得總醫療費用增加。

2. 總藥費：

在卓越計畫實施後，實驗組明顯下降，而對照組明顯上升，且皆達統計意義。實驗組總藥費減少的原因可能原因有二：(一)醫師不願再開立其他與治療高血壓無直接相關之藥品。(二)醫院以藥價較低的藥物(如台廠藥)取代藥價較高的藥物(如原廠藥)，使得總藥費下降。(三)醫師以較便宜藥物(如利尿劑、某些乙型阻斷劑、某些

ACEI)取代較昂貴的藥物(如 CCB、某些乙型阻斷劑、某些 ACEI 、ARB)。(四)服務量受限，件數減少，相對的總藥費也跟著減少。

對照組總藥費增加主要原因為為高血壓總件數增加，以致於總用藥點數增加。

3. 平均每件藥費

卓越計畫實施後，實驗組明顯下降，且達統計意義。而對照組雖有上升趨勢，但未達統計意義。實驗組平均每件藥費減少的原因與總藥費下降原因類似。對照組平均每件藥費沒有顯著增加，且平均每件用藥品項數下降，表示醫師並未為討好病人，而開立其他與治療高血壓無直接相關之藥品，如降血糖、降血脂、消化性潰瘍等高價藥，也未大量增加使用較昂貴的藥物(如 CCB、某些乙型阻斷劑、某些 ACEI 、ARB)。。

4. 平均每日藥費

卓越計畫實施後，實驗組明顯下降，且達統計意義。而對照組雖有上升趨勢，但未達統計意義。其原因與平均每件藥費相同。

5. 平均每件醫療費

卓越計畫實施後，實驗組明顯下降，且達統計意義。而對照組雖有上升趨勢，但未達統計意義。實驗組平均每件醫療費減少可能原因有二：(一)為醫院申報每件用藥點數減少，平均每件醫療費相

對減少。(二)為實驗組可能會省略一些較昂貴的檢查，使平均每件醫療費減少。對照組平均每件醫療費用增加 60 元，其中藥費就增加 56 元，表示檢查、檢驗幾乎沒有變動，增加的主要是藥費，雖然幅度不大，未答統計意義。

本研究實驗組在此構面全部呈顯著下降與本研究假設相符，與王氏及方氏之研究結果完全不同。對照組在總醫療費用及總藥費呈顯著增加與研究假設相符。王氏及方氏之研究無類似資料可比較。對照組在每件醫療費、每件藥費與每日藥費沒有顯著增加與研究假不符。此結果與王氏之研究類似，但與方氏之研究不同。

總結此次研究結果，在醫療服務量構面三個指標，實驗組明顯低於對照組，在醫療品質構面五個指標，實驗組與對照組沒有顯著差異，在醫療費用構面五個指標，實驗組亦明顯低於對照組。表示卓越計畫(個別醫院總額)的實施對醫院用藥及醫師處方行為有所改變，尤其在醫療費用的管控，有卓越成效，但卻不損害病患之就醫權益。

第二節 研究限制

- 1.因部分醫院無法完整參與前後測研究，故排除，以致於研究樣本無法完全包含中區所有地區醫院層級以上的醫院。
- 2.部分醫院有委外處方箋，因資料無法取得，惟數量不多，故不至於影響研究結果。
- 3.本研究以慢性處方箋(慢箋)總件數、慢箋佔率、平均給藥天數、平均每張處方用藥品項與藥費佔率等五項指標，作為醫療品質指標，用以衡量卓越計畫實施後，病患就醫權益是否受損，其關聯性稍嫌不足，但受限於資料來源。
- 4.以 92 年第四季作為取樣期間，其服務量可能受 SARS 影響，尚未完全恢復。此顧慮後來因本研究進行前，先以 91 年第四季與至 92 年第四季之服務量作過比較，發現並無顯著差異。
- 5.研究期間卓越計畫可能不是影響醫師處方行為改變的唯一變數，可能有其他因素同樣會對醫師處方行為造成相同的影響。
- 6.本研究是以高血壓為例，並沒有把所有的疾病皆列入考量，無法代表醫師的處方行為在所有疾病上皆有所改變。

第六章 結論與建議

以下為本研究之結論，並針對後續研究者及醫院、健保局等相關單位提出建議。

第一節 結論

本研究針對中區地區醫院層級以上的醫療院所所申報的資料，透過相關的整理、統計分析，以醫療服務量構面三個指標、醫療品質構面五個指標及醫療費用構面五個指標等三個構面來衡量醫院用藥及醫師用藥處方行為是否受到卓越計畫實施的影響。

不管是總額支付制度還是卓越計畫都會影響到醫院經營策略，而在本研究中，卓越計畫的實施，在影響醫師處方行為的三個構面上，除醫療品質構面中慢箋總件數、平均給藥日數、藥費占率、慢箋占率、平均每件用藥品項數等五項指標的改變無顯著差異外，其他醫療服務量與醫療費用構面共八個指標皆有顯著的差異，尤以醫療費用構面的五個變項：總醫療點數、總用藥點數、平均每件醫療費、平均每件藥費、平均每日藥費的改變皆有顯著差異，顯示卓越計畫的實施確實是改變了醫師的處方行為，達到管控醫療費用之目的，且能兼顧患者之就醫權益。

不同的支付制度，會對醫師的處方行為造成影響。因此未來要實施新的支付制度，必須審慎思考，兼顧成本與品質。

第二節 建議

依據本研究之結果，卓越計畫的實施，確實對醫師處方行為有所影響，以下就醫院管理者、政策制定者、未來研究者分別給予建議。

一、醫院管理者

- (一) 卓越計畫實施後，有些醫院採取劇烈管控措施，嚴格停診、減診、限診與轉診，明顯影響病患就醫權益、醫院的信譽與病人安全等。此種嚴厲手段雖可解燃眉之急，卻不利影長期永續經營。醫院管理者應經審慎考慮經營策略。
- (二) 醫院在平均給藥日數並未有顯著改變，如能增加平均給藥天數，就可以減少門診服務量，便可降低醫療的營運成本。醫院管理者應提供誘因，促使醫師改變處方行為。
- (三) 用藥數量與不良反應的發生呈相關性，因此使用藥品種類多，其潛在的藥物交互作用或不良反應的危險性就隨之增加。實驗組平均每件用藥品項數在卓越計畫實施後減少 8.4% ，達統計意義，醫院管理者應提供誘因，鼓勵醫師持續擴大此種處方行為。
- (四) 實驗組慢箋佔率在卓越計畫實施後，由 5% 增加為10%，但仍有很大改善空間(高血壓患者應可達30%)。本研究實驗組之服務量僅下降7.7%，若大幅提升慢箋佔率20%以上，則醫院將可不必停

診、減診、限診與轉診。醫院管理者應制定相關方案，提供誘因，鼓勵醫師開立慢性病處方箋。

二、政策制定者

- (一) 參與卓越計畫之醫院，在總藥費、平均每件藥費與平均每日藥費均有顯著下降，相關單位應注意醫院用藥行為之改變是否因為費用管控而忽略用藥指引與醫療品質。
- (二) 不論醫院是否參與卓越計畫，在慢箋占率的改變上，兩者並無顯著意義。顯示卓越計畫雖有制定出監控的指標，但醫院實際上並未積極實施，所以相關單位應提高標準，要求醫院釋出慢性處方箋，並持續追蹤。

三、未來研究者

- (一) 可進一步分析個別醫院總額實施後對醫師用藥處方行為之改變是否符合治療指引,犧牲醫療品質與損害病患權益。
- (二) 可進一步探討個別醫院總額實施對醫師處方型態之影響：不同類屬降壓藥物與高價藥與低價藥改變情形。
- (三) 可進一步研究個別醫院總額實施對醫師處方行為之改變，是否在其他疾病亦有相同的影響。

參考文獻

一、英文文獻

Anonymous. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure. JAMA 2003 ; 289 : 2560-2571

Burt VL, Whelaton P, Roccella EJ, et al. Prevalence of Hypertension in the US adult Population : results from the Third National Health and Nutrition Exam Survey, 1988-1991. Hypertension. 1995 ; 25 : 305-313

Clancy, C.M. Hillner B.E., Physicians as gatekeepers— the impact of financial incentives. Archives of Internal Medicine. 1989 ; 149 : 917-920.

Dranove D, D. Shanley and C. Simon. Is Hospital Competition Wasteful ,Rand Journal of Economics, 1992 ; 23(2) : 247-262.

Eisenberg J.M. Physician utilization : The State of Research about Physician's Practice Patterns. Medical Care, 1985 ; 23(5) : 461-483.

Fan C.P., Chen K.P., Kan K. The design of payment systems for physicians under global budget-an experimental study. Journal of Economic Behavior and organization. 1988 ; 34 : 295-311

Feldman,R. and F.Sloan. Competition among Physicians' Revisited. Journal of Health Politics,Policy and Law, 1988 ; 13(2) : 239-261.

Gaynor M.. Issues in the Industrial of the Market for Physician Services. Journal of Economics and Management Strategy. 1994 ; 3 : 211-255.

Gupta R. Journal of Human Hypertension 2004 ; 18 : 73-78

Harris J.S. Why Doctors Do What They Do : Determinants of Physician Behavior. Journal of Occupational Medicine 1988 ; 32(12) : 1207- 1220.

Huttin C., Andral J. How the reimbursement system may influence physician's decisions results from focus groups interviews in France. *Health Policy* 2000 ; 54 : 67-86

Mougeot M., Naegelen F. Hospital price regulation and expenditure cap policy. *Journal of health Economics* 2005 ; 24 : 55-72

Sweeney G. The Market of Physicians' Services : Theoretical implications and Empirical Test of Target Income Hypothesis. *Southern Economic Journal*, 1982 ; 48 : 594-613.

Terris M. Global Budgeting and the Control of Hospital Costs. *Journal of Public Health policy*. Spring 1991 ; 61-71.

Wedig G, BM. Janet. And C.Jerry. Can Price Controls Induce Optimal Physician Behavior. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1989 ; 14(3) : 601-625.

二、中文文獻

中央健康保險局：推動醫院卓越計畫，保障病患就醫權益，2002。

方淑雲：醫院自主管理對糖尿病門診處方型態趨勢之影響。長庚大學醫務管理研究所碩士論文，2004。

王秀蕙：全民健保實施西醫基層總額支付制度成效評估--以高屏分局為例。高雄醫學大學健康科學院公共衛生學研究所碩士論文，2002。

王舜睦：總額預算制度對醫院用藥行為之影響—以高血壓病患例。長庚大學醫務管理研究所碩士論文，2005。

呂育馨：總額預算制度下醫院用藥經濟行為研究。世新大學經濟學研究所碩士論文，2005。

李玉春：全民健保西醫總額支付制度之推動政策---基層與醫院預算之分立或統合。台灣醫界2001；44 (7)： 43-47。

周榮美：醫院自主管理實務專案分享(演講)，2004。

周麗芳、陳曾基：探討健康保險總額預算制度。台灣醫界1999；42 (2)： 57-64。

林之勤：診所醫師的抗生素處方行為--型態描述與影響因素初探。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2002。

林振輝：全民健康保險總額支付制度之經濟分析。全民健康保險醫療費用協定委員會委託研究計劃，1999 (DOH87-CA-1002)。

邱永仁：總額預算制對醫界的影響。台灣醫界 1999：42 (9)：38-40。

邱俊傑：西醫基層總額預算制度對高雄市診所醫師醫療行為及其經營策略與滿意度之影響。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文，2002。

洪輝榮：高血壓用藥處方型態之探討。國立成功大學臨床藥學研究所碩士論文，2001。

張沅濱：醫院實施總額支付制度之探討。東海大學企業管理研究所碩士論文，2001。

張高評：以平衡計分卡衡量總額支付制度實施後—以南台灣某醫學中心為例。義守大學管理科學研究所碩士論文，2003。

張瓊方：光華畫報雜誌社。<http://www.sinorama.com.tw/ch>

莊念慈：醫院因應總額支付制度之策略方案及其相關因素探討。台北醫學大學醫務管理研究所碩士論文，2003。

莊逸洲，黃崇哲，鄭明智：台灣醫院總額支付制度運作模式的初步探討，醫務管理期刊，第四卷第三期，2003。

莊逸洲、黃崇哲：醫療機構人力資源管理：醫師人力資源管理，第一版，台北：華杏，2003：118-133。

連子慧：醫院醫師薪資制度等因素對疾病處置之影響--以勞保六種疾病住院病人為例，1994。

郭信智、楊志良：醫師目標收入理論之試證，中華公共衛生雜誌，第13卷第2期，1994：149-155。

陳健仁等：台灣地區高血糖、高血脂、與高血壓盛行率調查。衛生署國民健康局，2003。

陳耀東：全民健保不同支付制度對醫師執業行為之影響與比較。管理學報 2004；21(2)：237-255

黃肇明：醫師處方行為之研究——臺北地區八家公私立醫學中心及區域醫院之高血壓處方型分析。國防醫學院公共衛生研究所碩士論文，1993。

楊志良：健康保險（第三版）。台北：巨流，1998。

楊耀山：醫院自主管理指標資訊系統建構—以中部某區域醫院為例。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，2002。

葉明功、周稚傑、羅慶徽、錢新，1998年台北市中老年高血壓疾病之門診用藥狀況分析。中華職業醫學雜誌，2004；11(1)：71-78。

蔡味娟：自主管理對醫院經營策略及管理之影響。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，2005。

蔡淑鈴：中區醫院自主管理之檢討與展望，2002。

衛生署國民健康局。 <http://www.khshb.gov.tw/info/info307.htm>，2004。

藍忠孚：全民健康保險診療報酬預估支付制度之研究，行政院衛生署，1995。

羅子評：全民健康保險實施「醫院卓越計畫」對醫療院所醫療行為之影響—以某醫學中心門診為例。台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，2005。