

社會科學論叢 2008年4月  
第二卷第一期 61-89頁

## 從患者就醫場所的選擇看轉診制度之落實# Patient Choice and Practitioner Referral

中國文化大學經濟學系助理教授 洪乙禎\*

Yi-Chen Hong

Assistant Professor of the Department of Economics, Chinese Culture University.

行政院衛生署藥政處 高級審查員 林錦鴻

Jin-Hong Lin

Senior Medical Officer, Bureau of Pharmaceutical Affairs

---

# 本文初稿曾在臺灣經濟學會與北美華人經濟學會2006年聯合會發表，作者們感謝會議評論人陳孝平教授對本文初稿之指正。本文承國科會補助（計畫編號：NSC 94-2515-H-034-002），謹誌謝忱。

\* 聯繫作者；洪乙禎，中國文化大學經濟學系助理教授，email：ychong@faculty.pccu.edu.tw，地址：臺北市陽明山華岡路55號。

## 從患者就醫場所的選擇看轉診制度之落實

洪乙禎

中國文化大學經濟學系助理教授

林錦鴻

行政院衛生署藥政處高級審察員

---

### 中文摘要

本文依據臺灣封閉式醫療體系以及患者有就醫選擇自由的現況，設計一個兩階段的模型，描述患者、醫療院所雙方在健保制度下的互動，探討患者越級就醫或配合轉診的誘因。本文的研究結果顯示，封閉式醫療體系下，不同規模的醫院最終帶給患者的醫療效果有所差異，所以患者是考量醫院的行為、進而做出就醫場所的選擇。患者就醫場所的選擇除了考量成本面因素，亦同時受到效益面因素的影響，也就是不同醫院的治療效率。再者，本文也從患者選擇醫院規模的誘因看出，調整部分負擔僅能改變貨幣成本所形成的財務誘因，但無關乎不同醫院為患者創造的療效，所以，調整部分負擔的單一措施不見得能收到落實轉診的成效。在臺灣封閉式體系與就醫自由的先天條件下，落實轉診與分級就醫的目標，除了加重越級就醫的部分負擔，也可以由健保支付制度設計以及醫療院所整合等方面著手，給予基層醫療和醫院適當的財務誘因，進而有助於提高患者配合轉診的意願。

**關鍵詞：**轉診制度、越級就醫、封閉式醫療體系、部分負擔。

## 壹、前言

臺灣的全民健保自1995年開辦以來，已達到高納保率、高滿意度、保障範圍廣、就醫自由等數項成效。這些成果呼應世界衛生組織所提出：「健康是民眾的權利」，也降低民眾因病而貧的恐懼。但是，健保開辦之後，民眾也因就醫便利、費用低廉，使得整體就診次數一直居高不下，其中大型醫院門診量更是龐大。以急性上呼吸道感染為例，表1整理臺灣1998至2004年之間全民健保特約醫療服務機構針對這類疾病所提供的門診服務量，平均每家醫學中心所提供的門診人次是平均每家基層診所的5~8倍，平均每家醫學中心所耗費的門診費用更是平均每家基層診所的10~14倍。顯見像急性上呼吸道感染這類多半能由基層診所處理的疾病，一直有相當數量的患者是直接前往醫學中心求診，換言之，大型醫院除了重症治療，也提供與基層診所類似的醫療服務，甚至數量更多。意涵在臺灣的醫療體系下，基層診所和各級醫院皆提供門診服務，可供民眾就醫選擇。

表1 急性上呼吸道感染（ICD-9：460-462,465）醫療利用分布

	健保特約醫事服務機構層級			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
平均每一機構門診人次				
1998年	24,858	12,127	6,407	3,923
1999年	35,058	15,712	6,867	4,369
2000年	32,561	18,244	5,515	4,428
2001年	29,616	15,814	5,505	4,052
2002年	27,453	15,146	5,201	3,776
2003年	20,132	12,187	4,602	3,617
2004年	18,726	11,431	4,573	3,632
平均每一機構門診醫療費用（單位：1998至2002年為千元，2003年起為千點）				
1998年	13,118	5,767	2,445	1,237
1999年	19,518	7,551	2,625	1,340

2000年	19,504	8,467	2,095	1,423
2001年	16,733	7,089	2,033	1,330
2002年	16,039	6,916	1,936	1,252
2003年	12,591	5,845	1,751	1,185
2004年	12,097	5,642	1,772	1,188

※急性上呼吸道感染包括：急性鼻咽炎（感冒）、急性鼻竇炎、急性咽炎、急性上呼吸道感染，多發性或未明示位置者。

※資料來源：衛生統計資訊網（<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>）

不過，各國的研究結果皆顯示，大部分的常見疾病均能由基層診所處理，而且，推動轉診制度、落實分級醫療，本是臺灣全民健保規劃時設定的目標之一，也明訂在法條上。<sup>1</sup> 觀察許多轉診制度已行之有年的歐美國家，民眾生病時會先找基層診所的家庭醫師，若病情需要時，家庭醫師會把需進一步治療的病患轉診到醫院；而醫院完成必要的處理或治療後，也會再將患者轉回原家庭醫師的診所，接受一般的診療或後續追蹤。基層診所與醫院間的轉診制度，是患者、醫師和醫療院所三者之間共同遵行的診療模式，其醫療服務提供或民眾求診的方式，與臺灣並不相同。

在臺灣，醫療機構之間彼此獨立運作且患者基本上具有就醫自由，當疾病發生且欲求診時，患者可以在各不同層級或規模的醫療機構中做出就醫選擇。而本文的主要目的是，回顧臺灣轉診制度的實施歷程並綜合整理文獻對轉診行為的研究，據此探討在臺灣體制下，患者選擇就醫場所的誘因與動機，對於患者偏好大型醫院更甚於小醫院或診所的現況，提出理論性的分析。並透過本文的理論模型與文獻的實證結果，進一步論述健保制度設計對醫病雙方互動的影響、以及落實轉診制度的困難與策略。雖然「資訊不對稱」是醫療市場的主要特性之一，但本文的

1. 全民健保法第33條，保險對象應自行負擔門診或急診費用20%。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之30%；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之40%；逕赴醫學中心門診者，應負擔50%。

分析顯示，患者面對不同規模醫療院所的就醫選擇，同時受到其就醫成本與自覺健康效益的影響，即使沒有「資訊不對稱」仍可清楚呈現。以下在本文的第二節，將說明臺灣推動轉診制度與分級就醫已經採行的各項措施，同時整理轉診行為研究的相關文獻。第三節以臺灣現今醫療體系之特性為基礎，建立一簡單的兩階段模型，說明醫療院所供給醫療服務的行為，以及完全訊息的患者在各種不同規模醫院之間的選擇，藉以闡述影響患者選擇行為的誘因，並對應文獻上的實證結果。第四節分析落實轉診制度與分級就醫的數種可行策略，並同時考慮政策執行上的限制。最後一節彙總本文的分析結果，並論述其政策意涵。

## 貳、研究背景

臺灣現行的醫療體系中，基層診所與各級醫院的經營及其提供的診療，乃是各自獨立的狀態，在醫療組織的性質上接近「封閉式」體系。<sup>2</sup>同時，患者擁有「選擇就醫場所的自由」，屬於non-gate-keeping體制，除了各級醫療院所的全民健保部分負擔金額大小不等之外，在制度面上，並未對患者的求診場所加諸醫院層級的限制，也就是說，在體制中不存在正式的gate-keeper角色。<sup>3</sup>

根據Shortell（1973：335）的基本定義，所謂轉診意指，永久或短

- 
2. 封閉式的醫療體系中，所有醫療機構工作人員、硬體設備和提供的醫療服務皆隸屬於機構本身，由醫院直接經營整個機構的運作。因此，醫院之間彼此獨立、並不流通各項資訊與軟硬體設備。開放式的醫療體系中，醫院的醫師除了可使用醫院的設備、為患者提供醫療外，醫師本身有自己的門診辦公室，而且醫院很少提供門診，以住院服務為主。前者就像是本身擁有工廠、只販售自營商品的大型商店或賣場；後者則像是開放給各獨立品牌設置專櫃據點的百貨公司。
  3. gate-keeper是在gate-keeping體制中扮演類似「守門人」的角色。在gate-keeping體制中，患者基本上並沒有就醫選擇的自由，罹患疾病時必須先尋求家庭醫師的第一線診療，當病情需要時，也需透過家庭醫師才能轉介至大型醫院獲得進一步專科治療。所以，家庭醫師可視為gate-keeping體制中的gate-keeper，提供基本醫療服務、也擔任「分級篩檢」的工作。反之，在non-gate-keeping體制中，患者擁有就醫選擇的自由，並不需要透過轉介即可尋求任何層級醫院的治療，所以，不存在gate-keeper的角色。

暫將病人的責任，由一個醫師移轉到另一個醫師。也就是說，基層診所第一線為患者提供基本的診察與治療，當患者病情需要時再依據疾病特性，透過專業判斷將患者轉介至適當的醫療院所進行專科治療。但是在臺灣的制度現況下，只要患者可以自由選擇就醫的場所，意涵患者不論病情如何，他可以透過基層醫師為其轉診，也可以不透過轉診、自己直接找任何醫療院所尋求治療（自我轉診或越級就醫）。所以可看得出來，在臺灣封閉式且就醫自由的醫療體系下，醫療服務的提供始於患者的求診，轉診制度能否落實與患者對就醫場所的選擇密切相關，而患者的選擇也常取決於在不同醫療院所可獲得的醫療照護。也可以說，患者就醫自由且封閉式醫療體系下，落實轉診制度的關鍵在於：患者是否願意在發生疾病時前往基層診所就醫。

臺灣在實施全民健保之前已經有公保和勞保，公保制度具備轉診制度的雛形。由各地的公保門診中心負責基層門診醫療，當患者病情有需要時，則轉往公保的特約轉診醫院接受進一步的治療。而勞保制度也依照內政部於1984年5月30日核定的「勞工保險特約轉診醫院試行要點」，在同年11月1日選擇（三總、國泰、臺安、中山、中華、彰基）六家醫院試辦轉診制度。勞保局原擬在試辦期滿後續約三年，不過參與的六家醫院發現：試辦期間較同規模醫院顯著減少門診人次、且轉診病人多屬重症患者，因而拒絕與勞保局的續約。此外，公勞保的特約轉診醫院亦辦理門診業務，這使得基層診所擔心配合轉診後可能造成患者的流失。肇因於基層診所和轉診醫院皆缺乏參與誘因，所以在全民健保實施前的公勞保時代，轉診制度並未全面施行。

推動轉診制度、落實分級醫療，是全民健保規劃時設定的目標之一。為達此目的，現行全民健康保險法明訂「不經轉診直接到醫院就醫者，應加重其部分負擔」，希望避免被保險人蜂擁至大型醫院就醫。所以，全民健保實施之初便對不同層級的醫院訂定不同的部分負擔金額，其後又經歷數次部分負擔的調整，擴大各層級醫院的部分負擔金額差

距。<sup>4</sup>此外，行政院衛生署也在2003年3月10日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」（以下簡稱家庭醫師制度）。由同一地區的健保特約西醫基層診所約5至10家，與該地區的健保特約醫院共同組成「社區醫療群」，強調提升社區醫療品質，讓基層醫療發揮家庭醫師功能。而且，為區分各級醫療機構應有的功能，並鼓勵民眾在基層院所就醫，衛生署又在2005年1月起實施「全人健康照護計畫」，推動雙向轉診、促進基層醫師與合作醫院間的資訊分享（資料來源：健保局網站，<http://www.nhi.gov.tw>）。

推動轉診制度，主要目的在於改變「民眾大小病都往大醫院跑」的就醫行為，藉此提升整體的醫療資源利用效率。不過，在臺灣的現行體制下，被保險人有完全的就醫選擇自由，僅需依據不同層級的醫療院所支付不同金額的部分負擔。就經濟理論的觀點，越級就醫加重部分負擔，的確可提供需求面少跑大醫院的財務誘因。但民眾就醫地點的選擇除了考量成本面的財務誘因，也可能受到疾病的性質、醫院提供的療效等效益面因素的影響，而這些因素又常常取決於供給面的行為或整體醫療組織的運作，並非部分負擔規定可以影響或左右。因此，思考轉診制度的落實，也需考慮保險或醫療體系等制度面因素如何左右著不同層級醫院的供給行為（即提供治療或轉診決策），而此一效果將進一步影響需求面看待醫院服務的主觀及客觀感受，及其配合落實轉診或分級就醫的意願。

因為基層醫療與醫院之間的轉診制度，已經是歐美國家行之有年且習以為常的診療模式，因此國外文獻中較少探討轉診制度的誘因機制設計。Franks等人（1999：323）分析基層門診醫師轉診率時提及，過度將

---

4. 健保局為推動醫療分級、落實轉診制度，在2005年7月15日再度針對西醫門診加大醫院及診所的部分負擔差距。一般民眾至診所看病，部分負擔維持每次50元；若未經轉診，直接至醫院就醫，基本門診部分負擔則依據地區醫院、區域醫院、醫學中心的不同層級，分別由50、140、210元增加到80、240、360元。



患者轉診至醫院會導致非必要的資源浪費，但過少的轉診處置會不利於患者健康，其結果發現基層門診的轉診率取決於醫師的行為，也就隱含醫師決定了患者取得進一步照護管道之難易。Shea等人（1999：331）說明轉診制度對於醫療照護的成果、品質及醫療成本皆有顯著影響，良好的轉診處置應包含基層醫療和醫院間互相的轉診。另外，Garicano和Santos（2004：499）提及經濟組織的一個重要功能在於能否將工作機會分派到最適合的人手上，良好的機會轉介或分派應該讓第一線接觸工作機會者有誘因做出適當的轉介決策。若他是能力強的人，促使他願意自行處理難度高的工作，並將難度低的工作轉給能力較弱的人；若他是能力弱的人，也促使他願意將難度高的工作轉給能力較強的人，而自行處理難度低的工作。此一經濟組織中機會轉介的意涵，就相當於是醫療保健領域的轉診制度。同時Garicano和Santos（2004：499）的研究顯示，給予第一線接觸工作機會者的固定報酬提高至某程度後，會使他不論機會內容為何，全都轉介出去；給予被指派者工作成果的部分比例作為報酬，會使其缺乏盡最大努力的動機。而且，若工作機會的轉介者及被轉介者屬於合夥關係，則可降低第一線接觸工作機會者、也就是工作機會的轉介者，將機會轉介給不適任者的誘因。他們的研究結果也意涵，建立機會轉介者與被轉介者之間一定程度的連繫關係，對工作成果有正面的提升效果。

由於轉診制度在國內是尚未落實的既定政策，所以有部分探討轉診或轉檢制度的文獻。針對供給面，多數是屬於問卷調查結果的資料分析。謝瀛華（1995：213）探究影響基層醫療轉診行為的相關因子，基層醫師回覆關於轉診病患再回診的比例，小於五成者高達60%；大於五成者約14%，其研究結果顯示：轉診後的病患極易失去聯絡，是基層醫師轉診動機不強的重要原因。許碧珊等人（2001：22）針對都會地區診所醫師和醫院間轉診互動的調查顯示，醫師轉診時的顧慮包括：無法得知病患最後的診斷處置與檢查報告、醫療糾紛、病患流失等因素。王香蘋



(2002: 45) 說明轉診制度的落實受到民眾、醫療院所、整個醫療體系三方的共同影響，在醫師主導轉診決策、流程的現況下，全民健保轉診免部分負擔之規定能發揮的效果有限。基層醫師擔心病患轉出後便不再轉回，影響其收入；大醫院擔心轉診制度導致門診業務營運衰退，同樣產生反彈；民眾習慣往大型醫院就醫，這些皆是轉診制度名存實亡的原因。林恆慶等人(2004: 1) 以基層開業醫師的抽樣問卷調查資料，探討影響西醫基層醫師轉檢意願的因素，其中被轉檢醫院「指示病人回原診所繼續處理」、「主動回覆轉檢報告」是影響基層配合度的最重要因素。邵詩媛、蔡良敏(2005: 190) 探討臺南縣的社區雙向轉診，其文中提出，醫院回覆品質、未將病人轉回診所等，是影響基層醫療轉診意願、造成國內轉診制度不活絡的主要因素。馬震中等人(2006: 29) 針對國內某醫學中心與周邊醫療院所雙向轉診模式的研究發現，周邊院所無合作意願多是基於，基層診所醫師擔心病人流失、且顧慮轉診後無法得知病人之病情摘要。

針對需求面，則多是以特定地區患者為樣本的實證研究。周鴻儒(1997: 431) 將臺北市國軍醫院區分為地區、區域醫院和醫學中心三級，研究顯示：患者前往地區、區域醫院的主要因素是離家近、交通方便；而選擇醫學中心的病患則是基於病情需長期觀察、醫師品質好、醫師熟悉度與醫院設備完善等因素。鄭守夏(1998) 利用1996年的國民健康調查資料，探討民眾選擇就醫地點的考量因素，其分析顯示病人會考量醫師醫術、就醫方便性等因素，而其中醫院設備完善常是選擇醫院就醫的主因。蔡文正(2001) 的研究則指出，民眾去開業診所主因為等候時間和交通時間較短，而傾向去醫院就醫的主因則為醫術和醫療設備。劉彩卿等人(2001: 87) 利用臺北市小兒科病患為樣本，以多重logit模型研析病患就醫層級選擇的影響因素，他們研究結果發現，就醫價格對層級選擇有顯著且負向影響，此外，其他因素也是層級選擇的重要考量，自覺病兒病情越嚴重、接受醫療補助者、考量醫院名氣及設備者等

其他因素，會偏好較高層級院所。陳欽賢等人（2005：113）以2001年國民健康訪問調查之問卷資料，針對18歲以上曾因感冒或慢性病就醫者為樣本進行實證分析，其結論是：就醫可近性可能是影響民眾選擇就醫層級的主要因素，罹患感冒及慢性病時，並不一定偏好大醫院；但是上大醫院的患者確實有部分是因為健康狀況不好，也就是說，病情的嚴重程度會影響民眾偏好大醫院的傾向。而劉美君（2006）則是以北區某區域醫院2005年4~10月之轉診與非轉診病患為例，探討2005年7月15日加重部分負擔政策，在落實轉診制度之成效及醫療資源耗用差異，其中發現，加重部分負擔前後，轉診與否對於疾病分布及資源耗用上並無顯著影響；病患轉診率並無成長，短期內尚無法看出轉診制度實行成效。整體而言，仍少見以理論分析方法探討供需雙方配合落實轉診的誘因。

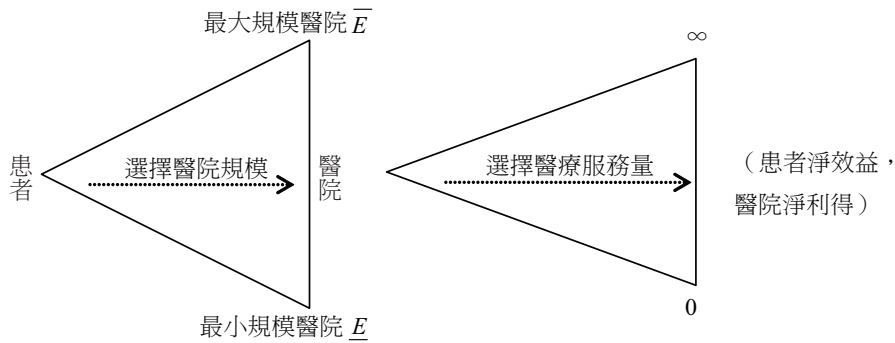
上述針對國內基層醫療的調查都發現，被轉診醫院甚少將治療後的患者再度轉回原轉診醫院，造成患者和原轉診醫院之間的疏離、進而傷害基層醫療的收益，這是影響基層醫療院所轉出患者的重要因素。同時，醫師在醫療提供過程中的影響力不容忽視，光加重部分負擔不能改變醫療供給者的行為，且不利於社會保險的所得重分配功能（Wagstaff et al., 1992：361）。而針對需求面或病患資訊的研究也顯示，部分負擔或就醫價格可能不是影響民眾選擇就醫層級的唯一因素。所以，討論轉診制度的落實不能只看患者的財務誘因，也需一併考慮醫療體系的背景和其他供給面的特性，以及這些因素進一步對患者健康效益感受造成的影響。

### 參、理論分析

本文設計一個兩階段的模型，描述在封閉型醫療體系以及健康保險介入市場的情況下，有就醫選擇自由的患者和醫療院所雙方之互動。患者和醫療院所共同面對外在制度設計者提供之健康保險，保險內容包括對醫療供給者的支付、以及患者必須支出的部分負擔。如圖1所表示的，

第一階段是患者發生疾病時的求診決策，由患者依據健康效益與就醫成本，在不同規模的醫療院所中作出就醫場所的選擇；第二階段是醫療院所面對求診的病患，在自身既定的規模下，衡量可獲得之收益與營運成本，選擇對患者提供的醫療服務數量，同時這也是患者最終的醫療利用數量。在兩階段模型的終點，患者的淨效益為就醫所產生的健康效益扣除就醫及保險的支出，而醫療院所的淨利得就是提供醫療服務的收益減去營運成本。

圖1 醫病雙方的互動



### 一、模型設定

本文簡單假設患者的就醫淨效益 $U$ 取決於以貨幣為衡量單位之健康效益扣除必須承擔的支出。令患者具備完全訊息、其健康效益為一健康狀態的遞增函數，以下列函數代表

$$G(H-S+f(M, E)), \quad (1)$$

除了 $G' > 0$ ，也設定 $G'' < 0$ 描述健康狀態對健康效益的增進效果逐漸趨緩，此設定乃是基於經濟理論中的邊際效用遞減法則。上述 $G(\quad)$ 函數中的因子， $H-S+f(M, E)$ ，就是患者的健康狀態。其中 $H$ 代表個人的健康狀態原賦；疾病發生會對健康造成 $S$ 的減損；透過就醫以及伴隨而來的醫療利用可產生療效 $f(M, E)$ ，此療效成果受到醫療服務量 $M$ 和就醫場所規模 $E$ 的影響。

在療效函數  $f(\cdot)$  中的醫療服務量  $M$  相當於生產療效時的投入要素，所以如同一般生產函數假設一階與二階性質為  $f_M > 0$ 、 $f_{MM} < 0$ 。<sup>5</sup> 在臺灣的醫療現況下，院所規模由小至大依序為：基層診所、地區醫院、區域醫院和醫學中心，這是因為醫院的評鑑標準，包括了各種硬體與軟體資源的設置標準，例如面積、病床、設備、各種醫療與護理人力等，資源越充裕，代表醫院規模越大，其獲得之評鑑等級也越高。至於醫院規模  $E$  對療效的影響  $f_E$ ，由於醫院規模越大並不能保證療效越大，故不設定  $f_E$  的正負號。但在醫學科技日益進步的現代環境中，醫療服務的提供常需搭配各種儀器設備、或不同專科人員的團隊合作，特別是在重大疾病的治療上越是如此。所以，在相同數量的醫療服務下，較大的醫院規模  $E$  不致於減損醫療的的邊際生產力  $f_M$ ，甚至於充足的設備或專科醫師可能使醫療資源的效果更加發揮，故而令  $\partial f_M / \partial E \geq 0$ 。此外，限定醫療院所規模  $E$  介於特定的上下界之間，即  $\underline{E} \leq E \leq \bar{E}$ 。

患者就醫獲取健康效益的同時，也需承擔就醫的成本，在健康保險介入時就是部分負擔和時間成本，令患者的就醫成本是

$$D(M, E) + T(E), \quad (2)$$

第一項是部分負擔，第二項是時間成本，它們與醫療利用  $M$  的多寡以及就醫場所規模  $E$  都有關係。通常部分負擔與醫療利用間呈現非遞減的關係，所以設定  $D_M \geq 0$ ，但  $D_{MM}$  的正負號則與部分負擔的制度設計有關。<sup>6</sup> 至於部分負擔與就醫場所規模的關係， $D_E$  和  $\partial D_M / \partial E$ ，需視有無加重部分負擔的設計而定。<sup>7</sup> 另外，由於大型醫院相對較少、且就醫流程可能稍微繁雜，這都會延長患者的交通與等待時間，提高就醫的時間成本，故令  $T'(E) \geq 0$ 。除此之外，患者承擔的支出還有保險費，以  $R$  代表之。

- 
5. 本節的設定，是援引經濟學上的報酬遞減法則，個別的要素投入終將使邊際生產力趨於遞減。
  6. 若  $D_{MM} > 0$ ，則意涵患者面對的部分負擔費率有累進性；反之，則無累進性。
  7. 在臺灣現行的健保制度中，西醫門診的部分負擔金額與醫院規模有同向關係，醫療院所層級越高、部分負擔金額越多，所以是  $D_E > 0$ 。

綜合上述患者的健康效益與承擔支出（支出包括就醫成本與保險費），所以下式

$$U = G(H - S + f(M, E)) - D(M, E) - T(E) - R, \quad (3)$$

即為患者就醫後可獲得之淨效益，也是患者在本文模型中與醫院互動時欲追求極大化的目標。

在醫療院所方面，提供醫療服務的淨利得簡化設定為，營運收益減去營運成本。本文假設，患者支出的部分負擔 $D(M, E)$ 並非由醫院收取，而是與保險費相同，都由健保局收取，再由健保局全權負責給予醫院的支付，如此一來，醫院的營運收益取決於健保支付制度。在此設定下，令醫院營運收益為

$$B(M, E) + P_f f(M, E) \quad (4)$$

第一部分 $B(M, E)$ 為基本的健保支付，假設醫療提供量的影響是 $B_M \geq 0$ 、 $B_{MM} \leq 0$ ；<sup>9</sup>此外，健保支付的邊際價格 $B_M$ ，也可能因醫院規模而異，但兩者之間少見呈現遞減關係，例如在現行的論病例計酬範疇中，院所層級（規模）越高、支付點數越多，此意味著：醫院提供醫療服務的邊際收益，與其規模有同向的關係，故而令 $\partial B_M / \partial E \geq 0$ 。第二部分 $P_f f(M, E)$ ，代表醫院因為較高的健康療效而增加獲得之收益，<sup>10</sup>其來源有二，一是當醫院的醫療品質或治療成效越好時，會吸引越多患者，進

8. 臺灣全民健保是由醫院直接收取患者支出的部分負擔，另外，健保局再依支付制度給予醫院其他給付金額。在臺灣的現況下，部分負擔、健保局對醫院給付二者所構成的醫院收入，皆與醫療服務量和醫院層級有關係，式（4）的設定與之一致；再者，因為部分負擔不論由誰收取，都同樣是患者的支出負擔，本文設定由健保局收取或實際現況由醫院收取，對患者形成的誘因都相同。所以，本模型設定部分負擔由健保局收取，相對於現況是由醫院收取，實質上並不會改變對患者或醫療院所構成的誘因。

9. 若為論量計酬制，則 $B_M$ 就是健保的支付單價，而且 $B_M > 0$ ；若為總額預算制，則在數量超過一定額度後可能發生 $B_M = 0$ 。 $B_{MM} \leq 0$ ，意涵此一支付單價是固定不變或遞減（通常少見遞增的狀況，所以 $B_{MM} > 0$ 令不會發生）。

10. 如果 $P_f = 0$ ，代表醫院的收益金額與療效無關；如果 $P_f > 0$ ，代表醫院收益與療效有同向關係，療效較好者可透過聲譽和健保支付獲得報酬上的鼓勵，具論質計酬（pay for performance）的精神。

而為醫院帶來收益；另一是現行的制度為鼓勵醫院提高醫療品質，醫院可依據特定的品質指標獲得額外獎勵。<sup>11</sup>（資料來源：中央健保局網站 <http://www.nhi.gov.tw/>）

再者，假設醫療院所如同一般廠商需承擔營運成本，其成本函數如下

$$C(M, E), \quad (5)$$

也是醫療服務量 $M$ 和醫療院所規模 $E$ 的函數。醫療服務數量與營運成本有單調遞增關係， $C_M > 0$ ，並且邊際成本遞增， $C_{MM} > 0$ 。另外，因為醫院規模與營運成本無必然的關係，故不限定 $C_E$ 的性質，但一般來說，醫療院所的規模越大、會伴隨較大的固定成本。不過，醫院的軟硬體資源越多時，也通常具有規模效果，而使邊際成本遞增的速度較為緩慢。所以，進一步設定邊際成本 $C_M$ 與醫院規模 $E$ 有反向關係，即是 $\partial C_M / \partial E < 0$ 的性質。這是因為，大型醫院，容易形成跨分科的人力支援，也經常備有先進儀器輔助診斷或治療；反之，小型醫院在面對重大疾病患者，基於軟硬體資源均較缺乏，若希望自行收治患者、提供大量醫療服務，可能必須向其他醫院尋求人力或設備上的支援，就機構的經營運作上，無疑地必須付出更多成本，甚至承擔較大的治療風險。

合併醫療院所的營運收益與成本，可知其經營的淨利得為

$$V = B(M, E) + P_f f(M, E) - C(M, E), \quad (6)$$

上式也是醫院提供醫療服務時欲追求極大化的目標。

11. 現行的支付制度是採各醫療項目固定點數、併行總額預算制度，但中央健保局為鼓勵醫院提高醫療品質，還另外設計有「醫院總額品質保證保留款分配」。其財源是醫院醫療費用總額中「品質保證保留款分配」之預算，包括有：依據醫策會TQIP指標或臺灣醫務管理學會THIS指標，醫院可獲得基本獎勵；以及依據健保局的五項共通性品質指標，醫院可獲得額外獎勵。因此，現行的支付制度雖不算是pay for performance，但制度的修訂的確朝著此一方向發展。



## 二、醫病雙方的均衡

在本文的模型中，對於每一醫療院所而言，其自身規模 $E$ 的大小是外生固定的，但他可以在模型的第二階段中，依據自身的收益與成本選擇最適的醫療服務提供量，同時這也是患者至此處就醫，可獲得之醫療利用。而患者在模型的第一階段，雖不能直接選擇醫療利用，但就醫場所的規模為患者可做最適選擇的內生變數。本文兩階段模型的均衡是透過醫病雙方的理性選擇，依序尋求醫院和患者在第二與第一階段的最適決策，醫病雙方互動的均衡結果將包括患者對醫療院所的選擇，以及最終的醫療利用數量。

### （一）醫院的問題

首先，醫療機構在模型第二階段是根據自身既定的規模 $E$ ，選擇醫療服務量 $M$ 使淨利得極大化，

$$\begin{aligned} \max_M \quad & V = B(M, E) + P_f f(M, E) - C(M, E) \\ \text{given } & E. \end{aligned} \quad (7)$$

由於醫療服務的數量不會小於零， $M \geq 0$ ，故上述問題的一階條件是

$$B_M(M, E) + P_f f_M(M, E) \leq C_M(M, E). \quad (8)$$

左式為醫療院所提供醫療服務之邊際報酬，因為 $f_{MM} < 0$ 、 $B_{MM} \leq 0$ ，邊際報酬隨著醫療服務數量的增加而遞減；右式為醫療院所提供醫療服務之邊際成本，因為 $C_{MM} > 0$ ，邊際成本隨著醫療服務數量的增加而遞增。醫院面對外在的營運收益，以及自身的治療效率與成本特性，依據式(8)所決定出的醫療服務提供決策如下：

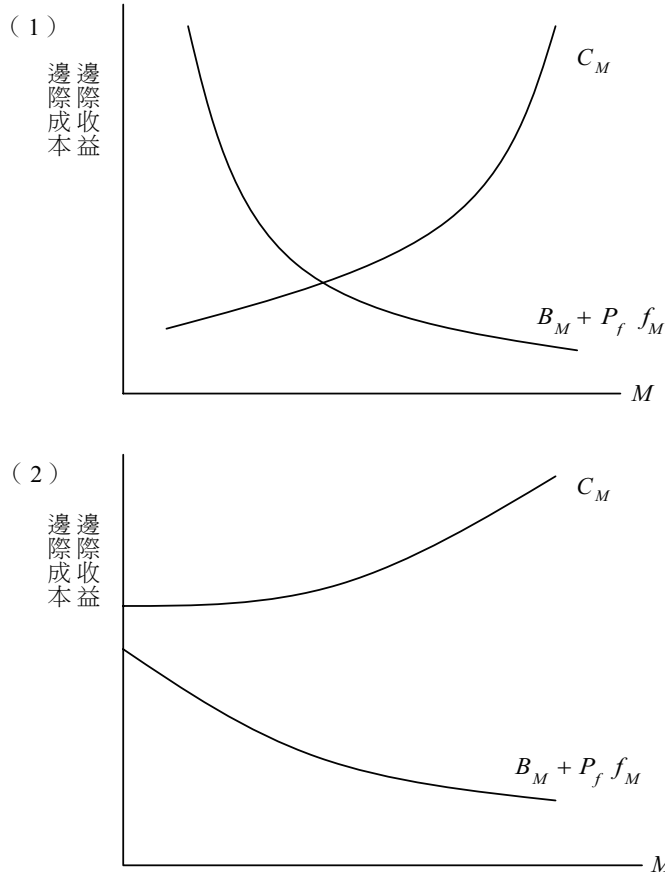
$$M = M_S(E), \quad (9)$$

與其本身的規模大小有密切關係。若一階條件的等號成立，如圖2—(1)，則醫院決定的最適服務量大於零， $M > 0$ 。反之，若邊際成本恆大



於邊際報酬，如圖2-(2)，例如營運成本過高或財務誘因、治療效率偏低，則其最適供給量決策為等於零。後者情況可解釋為：該醫療院所所在其既有營運規模之下，決定不提供醫療服務，也就是將患者轉診出去（往更大規模的醫療院所）。

圖2 醫療院所的邊際收益與邊際成本



再觀察式(8)的一階條件可看出來，醫療院所的規模與其提供醫療服務的可能性、甚至數量之間，都存在著同向變動的關係， $M'_s(E) > 0$ 。其原因有三項：第一，前述已設定，醫院規模 $E$ 越大可使營運成本隨醫療

利用遞增的程度較緩慢， $\partial C_M / \partial E < 0$ ，有降低邊際成本的效果；第二，規模 $E$ 越大的醫療院所基於較充裕的軟硬體資源，可能有較大的醫療邊際生產力， $\partial f_M / \partial E \geq 0$ ，於是大規模醫院相較於小規模醫院可獲得較高之邊際報酬；第三，醫院規模 $E$ 與健保的邊際支付價格 $B_M$ 可能存在同向關係， $\partial B_M / \partial E \geq 0$ ，這會讓大規模醫院的邊際報酬更加擴大。綜合上述，大規模醫院相較於小規模醫院必須承擔的邊際營運成本較低，且可能獲得較高的邊際報酬，故大醫院願意提供醫療服務的機會越大、也傾向於提供更多的服務量；反之，小醫院提供醫療服務的可能性和數量都越小。

## (二) 患者的問題

其次，患者在模型第一階段則是面對疾病對健康的減損 $S$ 以及可供選擇的醫院規模 $[E, \bar{E}]$ ，同時考慮醫院規模最終帶來的醫療利用 $M = M_S(E)$ ，選擇一規模 $E$ 作為就醫場所，其淨效益極大化的問題可表示為

$$\begin{aligned} \max_E \quad & U = G(H - S + f(M, E)) - D(M, E) - T(E) - R \\ \text{given} \quad & M = M_S(E) \\ & \underline{E} \leq E \leq \bar{E} \end{aligned} \quad (10)$$

$S$

在上式問題中，患者選擇較大規模醫院的邊際效益是

$$G'(H - S + f(M, E)) [f_M \cdot M'_S + f_E], \quad (11)$$

含括有：醫院規模越大、可獲得越多醫療利用所創造出的療效效益；以及醫院規模本身對治療效果的直接影響效果。同時，患者選擇較大規模醫院的邊際成本是

$$D_M M'_S + D_E + T', \quad (12)$$

包括：第一項是醫院規模越大、因為越多醫療利用而必須多負擔的費用；以及第二、三項是醫院規模越大、可能加重的部分負擔和時間成本。

前述式(11)和式(12)的邊際效益與邊際成本皆可能與醫院規模 $E$ 呈現同向或反向變動的關係，但在特定範圍的醫院規模 $[E, \bar{E}]$ 中，患者選擇的最適醫院規模 $E_*$ 可歸納為下列幾種可能：

- (1) 若際成本恆大於邊際效益，則患者的選擇為 $E_* = \underline{E}$ 。意涵：醫院規模越大帶給患者的直接效果、以及透過越多醫療利用而創造的間接效果，皆不足以彌補醫院規模直接與間接加重在患者身上的貨幣和時間成本，所以患者會選擇最小規模的場所就醫。
- (2) 若邊際效益恆大於邊際成本，則患者的選擇為 $E_* = \bar{E}$ 。意涵：只要是規模越大的醫療院所，醫院規模直接加重患者的成本負擔、以及間接因為醫療利用而必須增加的支出，皆比不上患者從醫院規模越大獲取之健康效益，所以醫院規模越大、對患者越有利。
- (3) 若非上述兩種情況，邊際效益和邊際成本互有高低，則患者將尋求能夠符合邊際效益等於邊際成本的醫院規模，也就是患者的選擇 $E_*$ 使下式成立，

$$G'(H - S + F(M, E)) [f_M \cdot M'_s + f_E] = D_M \cdot M'_s + D_E + T' \quad (13)$$

同時，此一醫院規模 $E_*$ 還必須滿足 $d^2U / dE^2 \leq 0$ ，而且最適選擇 $\underline{E}_* \leq E_* \leq \bar{E}$ 。但若 $d^2U / dE^2 > 0$ ，意涵選擇越大規模的醫院終將使邊際效益超過邊際成本，則患者的最適選擇也會是 $E_* = \bar{E}$ 。

### (三) 均衡結果

綜合患者在第一階段與醫院在第二階段的決策，醫病雙方互動結果的均衡就是：患者選擇規模為 $E_*$ 的醫療院所，該醫院會提供 $M_* = M_s(E_*)$ 的醫療服務，這也是患者最終的醫療利用量。

在本節針對臺灣體制現況的理論分析中，基於封閉式醫療體系的特質，因而設定療效生產函數與醫院規模有關，不同醫院可能隱含著不同

的療效生產力。當患者具有就醫自由時，自然會評量醫院規模可能對自己造成的各項差異，進而做出最適選擇。由上述患者最適決策的三種可能性可以推論：

- (1) 當疾病越嚴重、對健康的減損 $S$ 越大時，因為 $G' > 0$ 、 $G'' > 0$ ，最終希望獲得較多之醫療服務量，故而患者傾向直接往越大型的醫院求診。
- (2) 當患者感覺各層級醫療院所的醫療品質顯著不同，例如大醫院具備較好品質或醫療技術，也就意味著：醫院規模越大、對患者可獲得之治療效益有正面的助益（ $f_E > 0$ ）。這都會擴大患者由醫院規模中獲得之邊際效益，所以容易促使患者往大醫院跑。
- (3) 當醫院規模越大會直接加重患者成本負擔的幅度越顯著（ $D_E > 0$ 、 $T' > 0$ ，且數值越大），因為選擇較大規模醫院的邊際成本提高，自然降低患者往大醫院跑的誘因。例如，健保部分負擔隨著醫院層級越高的級距差異越大，抑制患者往大醫院集中的效果會比較顯著；對於距離大醫院較遠的患者，由於時間成本較高，選擇大醫院的動機較低。
- (4) 若患者的就醫費用快速地隨著醫療利用量而增加（ $D_M$ 越大），患者考量到大醫院提供較多的醫療資源，會大幅度增加部分負擔金額，同樣也會因為邊際成本提高、降低患者往大醫院求診的動機。

上面的論述可呼應劉彩卿等人（2001：87）和劉美君（2006）的實證研究結果，提高部分負擔額度、加大層級間的價格差距，可能有助於達成分級就醫的目的。此外也可由本節的討論中看出，當患者具有就醫選擇自由時，落實轉診制度始於患者的就醫選擇（是否願意先前往基層醫療）；但在封閉型醫療體系下，單純針對財務誘因的措施（例如加重部分負擔），僅僅只是作用在患者的成本面考量，仍有其實際成效的限

制。因為本文理論分析和周鴻儒（1997：431）、鄭守夏（1998）、蔡文正（2001）、劉彩卿等人（2001：87）、陳欽賢等人（2005：113）的實證結果，皆一致地呈現，個人病情的考量、醫院的名氣與設備、醫師的熟悉度與醫術等，是屬於患者的效益面考量，也都是左右患者就醫層級選擇的重要因素。而這些因素牽涉醫療體系的組織型態、制度設計，無關乎患者必須承擔的貨幣成本或部分負擔，同樣會影響落實轉診政策目標的達成。

## 肆、落實轉診制度的策略

在患者具備就醫選擇自由、且封閉式的醫療體系下，若轉診制度得以落實，其具體表現應該是：患者在罹患疾病時並非自行前往大型醫院，而是以基層診所或較小規模的醫療機構為主要的就醫處所，也由第一線處理的醫護人員決定自行提供適當的醫療、或轉往更高層級的醫院進一步治療。由於患者是衡量自身的邊際效益（式（11））與邊際成本（式（12）），因此，任何可降低其邊際效益或提高其邊際成本的因子，皆有助於促使患者在罹患疾病時願意前往基層診所，這即是落實轉診的良好開端。

### 一、部分負擔設計

患者選擇就醫場所的邊際成本受到 $D_M$ 、 $D_E$ 的影響，兩者皆屬於部分負擔內容的設計。理論上來說，調高 $D_M$ 就是增加患者多用醫療服務時的自負金額，當醫療利用的數量和醫院規模呈現一定程度的正相關時，調高 $D_M$ 會使患者在大醫院必須多付出的成本超過在小醫院就醫，形同間接加重了在大規模醫院就醫的負擔。另外，調高 $D_E$ 就是直接加大不同層級醫院的負擔級距，此與劉彩卿等人（2001）的政策建議相同，即便在相同數量的醫療利用下，患者都必須因為就醫場所的規模越大而付出越多的自負額、或越高比例的部分負擔。上述兩種部分負擔的調整，皆是提

高患者選擇越大規模醫院時的邊際成本，有助於抑制患者往大醫院集中的傾向、提高前往基層診所的誘因。

不過，只要患者的部分負擔小於全額的實際醫療成本，就形同是壓低患者面對的相對價格，自然有誘因選擇較大規模的醫院就醫。也就是說，保險介入下的部分負擔，不只使患者在醫療需求上有增加數量的道德危險（moral hazard）行為；在就醫場所的選擇上同樣出現道德危險的行為，<sup>12</sup> 且部分負擔越低、道德危險程度越大。除非將患者的負擔調高至等同全額醫療成本，否則，這種就醫選擇的道德危險不可能完全消除。不過，健保的原始目的在於透過成本分攤、降低患者的疾病財務風險，調高部分負擔即使可抑制患者往大醫院集中、有消除道德危險的效果，也會同時擴大患者承擔的疾病風險、削弱健保原有的風險分攤功能，違背保險的原意。再者，調高 $D_M$ 或 $D_E$ 都是加重患者的負擔，這種財源籌措方式會更接近「使用者付費」、而非「量能付費」的公平原則，<sup>13</sup> 在重大疾病患者或所得較低的弱勢族群身上會表現出較大的影響效果，皆不利於健保的所得重分配功能或垂直公平性。

所以，為落實轉診而採取加重部分負擔的作法，執行上有其調整的限度，也可能看不到實際成效（劉美君，2006）。若把部分負擔當作落實轉診制度的唯一工具，會面臨「魚與熊掌不可兼得」的兩難政策困境，無法兼顧健保本身的風險保護功能及費用負擔的公平原則（Cutler and Zeckhauser, 2000: 563）。

12. 保險介入使患者不需面對全額成本，因而傾向於追求更多、更昂貴的醫療服務，這是表現在醫療需求上的道德危險（Pauly, 1967: 120）。同理，患者在保險介入使就醫的財務障礙降低後，更加偏好前往大型醫院、尋求越高級醫療的行為，也是一種道德危險。

13. 醫療保健費用的負擔，應該按照量能付費（ability to pay）的原則（也就是說，應當考量消費者負擔費用的能力，此「能力」通常以所得為代表），而不是按照實際使用醫療服務量的多寡決定費用的負擔，在不同國家（至少是歐洲國家）的決策者間已具有高度的共識（Wagstaff et al., 1992: 361），文獻上遂多以量能付費原則作為醫療保健財務籌集公平性之定義。

## 二、醫院的治療效率

患者選擇就醫場所的邊際效益受到  $f_M$ 、 $f_E$  的影響，兩者皆與醫院為患者生產或創造健康療效的效率有關。在本文的模型中，雖未設定醫院規模的邊際生產力  $f_E$ ，但如果醫院規模本身也會直接提高健康療效，即  $f_E > 0$ ，則意涵患者前往大型醫院就醫，所獲得之最終邊際效益會相對高於小型醫院或診所，如此便提供了自我轉診、直接找大醫院的誘因。而且當醫院規模影響健康療效的差異性 ( $f_E$ ) 越大時，患者偏好大型醫院的誘因越強烈。另外，在本文模型的設定下，患者可預期醫療利用數量與醫院規模有同向關係，如此一來，只要醫療服務仍具有很大的療效生產力 ( $f_M$ )，那麼大醫院所提供的大量醫療服務，可對患者的全部邊際效益有所助益，也會提供患者自我轉診的動機。所以理論上來說，若能降低  $f_M$  和  $f_E$  兩項因子，則可以降低患者對大規模醫院的偏好。

由前節的分析可發現，若醫療體系的性質能使患者認為，醫院規模對健康療效的生產並無太大差異，在大醫院的就醫成本不會少於小醫院的情況下，患者比較可能自願先找小醫院、而非越級就醫。這意味：如果制度或組織的調整，能有效地拉近不同規模醫院間的療效效率，或者說是拉近不同規模醫院間的醫療品質，則患者並不能由尋求大規模醫院的行動中獲得越多好處，這樣的調整即是影響了加重部分負擔無法改變的效益面因素；同時，只要患者必須在越大規模醫院中負擔越多費用，自然地就可減少越級就醫或自我轉診的情況。

目前轉診的運作是，由轉診醫師為患者開立附有病歷摘要的轉診單，讓患者持轉診單至接受轉診的醫院掛號、並進行後續治療。<sup>14</sup> 但現行的病歷記錄仍屬各院所的內部資訊，實質上，患者病歷資訊的分享未能達到雙向暢通。接受轉診的醫院雖需依規定把治療處理的訊息或摘要

---

14. 註：全民健保法第61條，保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。



回覆給轉診醫師，但因為後續在醫院的治療通常較為複雜、且醫院之間獨立運作的本質使病歷資訊形同獨有，轉診醫師常常無法從這些回覆來的摘要訊息中完整地了解患者的病況發展或接受的治療。這會造成，轉診前的醫師缺乏（轉診後）專科治療的資訊，即使患者完成專科治療後再回轉診前的基層診所，轉診醫師可能因為缺乏完整的治療資訊，而面臨後續追蹤照護的困難，這種現象會加遽患者對基層診所的疑慮。再者，因為臺灣的各級醫院普遍皆開設大量門診服務，所以患者一旦被轉診後，除非患者本身時間或金錢成本的財務誘因夠強烈，否則患者較無動機再回轉診前的醫療院所。

一般來說，患者來到醫院、對醫療服務的需求，也就是他希望從醫院獲得什麼「產品」，大致可分為三種：其一是透過醫院取得藥品，其二是醫院提供的治療性醫療產品，例如檢查、復健或手術等，其三是獲得病情與各種治療方式的諮詢與診斷，也就是透過醫院得到與罹患疾病相關的正確資訊。以更年期婦女為例，現今的更年期相關的藥品，基本上以套裝製品為主、服用方式簡單，透過長期處方箋也可以在健保藥局取得藥品，醫療院所的規模並不會影響藥品取得之可近性，第一種需求的滿足在各層級醫院並無太大差異。而更年期婦女所需要的治療性醫療產品，如乳房攝影，生化檢查等等，多數醫院都有提供（因為這些檢查是醫療院所的必要設備），所以並不需特別擔心醫院層級是否影響第二種需求的滿足。此外，一般人的認知中，「嚴重的更年期症候群，必須藉助荷爾蒙的補充，但更年期婦女服用荷爾蒙，又可能會增加乳癌發生的機率」，為了減少這類伴隨治療而來的風險，則需仰賴更專業的婦科醫學知識來評估、決定治療方向，也提供患者更充份的病情資訊，不過，這類疾病與高風險治療的資訊並非任何醫療機構皆可以完整提供。根據上述的說明，若患者罹患的是重大疾病、或者懷疑可能患重大疾病時，則希望從醫院獲得的「產品」便屬於前述中的第三種需求。這是因為，重大疾病常伴隨高風險的治療，需高度醫學專業的評估、以及特殊

治療技術，而且醫學日益進步已使疾病的治療趨向非常精細的分工。因為較小規模醫院的編制或人力資本通常沒有如大型醫院般的高度分工，在醫院經營型態乃獨立封閉式下，將使不同規模醫院在提供這類醫療服務所能創造的健康療效，高下立見，患者自然而然產生顯著不同的主觀信心或評價，此時，就醫成本就僅是影響患者選擇的因素之一而已。

患者對於醫院規模產生療效差異的認定，可能出於客觀的真實療效，也可能來自主觀的評價或認定。只要不同層級醫院的營運是彼此獨立的，那麼醫院設備或醫療人力品質等因素，都可能造成醫院之間療效效率或醫療品質有所差異，使患者對醫院產生不同的評價、並帶動就醫場所的選擇。所以，落實轉診的困難與封閉式醫療體系、患者就醫自由都密切相關。雖然上述兩項因素會構成轉診制度的執行障礙，但這兩項因素有其長久以來的本土歷史背景，剝奪患者的就醫自由必帶來許多反彈，而將體系改變為開放式也非短期內可以達成。所以，短期內可行的作法是：推動半開放式的體系（林恆慶等人，2004：1），加強不同層級醫療院所之間的垂直連繫，鼓勵醫院之間軟硬體資源的分享，推動電子化可攜式病歷，促進雙向的資訊分享，可強化社會輿論對不同層級醫院之醫療品質有普遍的信任。而支付制度的設計上，考慮加入「論質計酬」的設計，並使治療成果的利益由轉診前後的醫師共享（Garicano和Santos, 2004：499），這可給予基層醫師財務誘因、且不需擔心未來收益的損失，不只增加供給面醫師配合轉診的誘因，也可以進一步提升患者對基層醫療的信心。

## 伍、結論

分級就醫、落實轉診政策執行的困境，有其本土醫療體系的背景因素。也就是封閉式的醫療體系下，不同層級醫療院所的營運乃屬彼此獨立的性質，以及長久以來患者擁有的就醫選擇自由。但由於轉診制度實際上已經在歐美國家行之有年，所以國外文獻較少對這樣的問題從事理

論分析；而且歐美國家的開放式醫療體系與患者就醫限制，使其體制本質上與臺灣有所差異，故而臺灣轉診問題的探討仍需建構在本土體制現況的基礎上。而本文便是考慮了封閉式醫療體系與患者就醫自由，利用一個兩階段的模型，描繪醫病雙方的互動，為患者選擇就醫場所的動機、以及患者偏好大醫院的臺灣現況，提出一理論性的分析、並可對應文獻的實證結果。

本文的分析顯示，歐美國家與臺灣的醫療體系在落實轉診制度上具備了優劣不同的先天條件。體系的建構與形成常是歷史悠久且牽涉層面廣泛，並非一朝一夕就可輕易改變，所以，分級就醫、落實轉診的目標仍需在現有封閉型醫療體系、就醫選擇自由之下，思考克服先天條件的劣勢。根據本文的討論，加重患者在醫院層級的成本負擔與醫療利用部分負擔的累進程度，有助於抑制患者上大醫院的誘因。不過，部分負擔在性質上是使用者付費、具有累退的重分配效果，這樣的財務籌集方式會削弱全民健保原有量能付費的精神，不利用垂直公平性（Wagstaff et al., 1992：361）。同時，全民健保的原始目的是分攤疾病財務風險，加重部分負擔無疑地是傷害制度的保險功能，會面臨「魚與熊掌不可兼得」的政策困境。而且，患者選擇就醫場所時，不只是考量不同層級醫院的成本負擔，也同時把醫院規模最終對自身健康效益的差異納入考慮。如果大規模醫院本身在創造患者健康效益上具有優勢，除非部分負擔的級距差異拉大至足以抵消這樣的優勢，否則加重部分負擔可能只是讓患者負擔更多的費用、卻看不到落實轉診的成效。這也就說明了加重越級就醫部分負擔的政策，不一定能改變患者偏好大醫院的臺灣現況，因為這只是改變患者的成本負擔、但不會影響醫院帶給患者的療效差異。

本文的一個重要政策意涵，即是部分負擔的設計是追求落實轉診制度的一種方法、但非唯一的工具。除了由部分負擔在需求面給予分級就醫的誘因以外，也可以從制度或組織的調整著手，在供給面鼓勵不同規

模醫院之間的垂直連繫或合作關係。如果適當的轉診處置可創造較好的醫療品質、帶給患者較好的健康效益時，那麼整體治療成果不只可歸功於轉診後的治療，轉診前的處置同樣不容小覷。這樣的貢獻若能反應在醫療供給者的實際報酬，適度地讓給付金額與患者最終享有的健康效益產生一定的連結，並且使轉診前後的醫院或醫師共享治癒患者後的報酬，可以給予醫師誘因自願從患者福利的角度，考慮轉診與否的最適處置。從而也進一步建立患者對基層醫療的信心，拉進不同規模醫院的社會評價。

本文綜合整理了轉診制度發展歷程、以及醫病雙方轉診行為的相關文獻；而本文的研究限制在於，其中的理論分析僅著眼於需求面的患者就醫行為，且尚未有實證分析的驗證。不過，轉診的落實當然與供給面行為也有密切關係，而且，理論分析也需要數據資料與實證研究的佐證。因此，從模型中對醫療院所支付函數的設定加以修改或延伸，討論治療報酬的分享與醫療供給者之間的互動，並發展以模型化推論為基礎的實證分析，將是未來的研究方向。使能進一步說明不同支付制度設計給予醫療供給者的誘因，並呈現出供給面作法對落實轉診的助益，透過理論與實證研究，完整探討臺灣醫療體系與制度設計對落實轉診的影響效果。

## 參考文獻

### 一、中文

- 王香蘋，2002，「影響我國分級轉診制度發展因素的探討」，弘光學報，第40卷，11月：頁45~51。
- 周鴻儒，1997，「國軍醫院門診病患滿意度調查研究」，國防醫學，第25卷第5期，3月：頁431~438。
- 林伍慶、陳楚杰、許銘恭，2004，「基層醫師轉檢態度之探討」，臺灣家庭醫學雜誌，第14卷第1期，3月：頁1~12。
- 邵詩媛、蔡良敏，2005，「社區醫院雙向轉診之策略規劃」，醫務管理期刊，第6卷第2期，6月：頁190~200。
- 馬震中、賴朝英、林維娟，2006，「國內某醫學中心與周邊醫療院所雙向轉診（檢）合作模式研究」，醫院，第39卷第4期，8月：頁29~47。
- 許碧珊、劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰、蔡世滋、郭英調、何橈通、張茂松，2001，「都會地區診所醫師醫療服務狀況及與醫院間轉診互動之調查」，臺灣家庭醫學雜誌，第11卷第1期，3月：頁22~32。
- 陳欽賢、劉彩卿、陳美吟，2005，全民健康保險制度下之民眾就醫：感冒及慢性病，保險專刊，第21卷第2期，12月：頁113~143。
- 鄭守夏，1998，「1996年民眾選擇就醫地點的考量因素」，行政院國科會專題研究計畫。
- 蔡文正，2001，「民眾至基層診所就診意願與開業醫師對醫療服務自我評價之研究」，行政院衛生署委託計畫。
- 劉彩卿、吳佩璟，2001，「全民健保下病患在各醫療層級間的就醫選擇—臺北市小兒科病患為例」，醫務管理期刊，第2卷第2期，6月：頁87~108。
- 劉美君，2006，「加重部分負擔與家庭醫師制度對轉診病患醫療資源耗用差異之研究」，元智大學管理研究所碩士論文。
- 謝瀛華，1995，「基層醫療與轉診相關因子之探討」，公共衛生，第21卷第4期，1月：頁213~219。

## 二、英文

- Cutler, David and Richard J. Zeckhauser. 2000. "The Anatomy of Health Insurance," in Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse ed., *Handbook of Health Economics* (Amsterdam; New York: Elsevier Press), pp. 563~643.
- Franks, Peter, J Zwanziger, C Mooney, and M Sorbero. 1999. "Variations in Primary Care Physician Referral Rates," *Health Services Research Part 2*, vol. 34, no. 1 (April), pp. 323~329.
- Garicano, Luis and Tano Santos. 2004. "Referrals," *The American Economic Review*, vol. 94, no. 3 (June), pp. 499~525.
- Pauly, Mark V.. 1967. "Mixed Public and Private Financing of Education : Efficiency and Feasibility," *The American Economic Review*, vol. 57, no. 1 (March), pp. 120~130.
- Shea, Dennis, B. Stuart, J. Vasey, and S. Nag. 1999. "Medicare Physician Referral Patterns," *Health Services Research Part 2*, vol. 34, no. 1 (April), pp. 331~348.
- Shortell, Stephen M.. 1973. "Patterns of Referral among Internists in Private Practice: A Social Exchange Model," *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 14, no. 4 (December), pp. 335~348.
- Wagstaff, Adam and Eddy van-Doorslaer. 1992. "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons," *Journal of Health Economics*, vol. 11, no.4 (December), pp.361~387.

## Patient Choice and Practitioner Referral

Yi-Chen Hong

Assistant Professor of the Department of Economics, Chinese Culture University.

Jin-Hong Lin

Senior Medical Officer, Bureau of Pharmaceutical Affairs

---

### Abstract

In Taiwan, the health care system is closed-form and non-gate-keeping. This study explains patients' choices and practitioners' referrals according to a two-stage model. The results show that a patient's hospital or clinic choice depended on not only the co-payment, but also the benefit consideration. This was because hospitals and clinics in the closed-form system might provide services with different treatment efficiencies. According to the incentives of patients' choices, increasing the co-payment only changed the financial incentives; however it did not affect the treatment or benefit consideration. Under the closed-form and non-gate-keeping system in Taiwan, practitioner referrals would be encouraged through the reform of the insurance payment system and the vertical integration between hospitals and clinics. This could provide hospitals and clinics with financial incentives and discourage patients' self-refer.

**Key words:** Referral, Self-refer, Closed Health Care System, Co-payment.