# 第一章 導論

本章主旨是勾勒本論文的研究梗概。第一節是研究背景與動機。第二節是研究目的與問題,說明總額支付制度的表現與健保政策改革階段的關係,以及總額支付制度在醫療支付制度的實行概況。第三節是研究流程與章節安排。

## 第一節 研究背景與動機

我國於民國 83 年開始全面實施全民健康保險(National Health Insurance,NHI),轉眼已邁入第十二個年頭。當時爲了避免醫療市場不確定性,及醫療產品的高成本以致於社會階層低的民眾無法負擔,因此全民健保的制度將國家定位爲醫療資源的最大分配者,用以解決上述的問題。概觀來說,全民健保的規劃與執行歷經國民黨的威權統治與民進黨的政黨輪替,服務的對象包含全國國民,影響範圍包括:各級政府、醫療提供者、勞資雙方與原有公農勞保體系的協調。一路走來,不論時間向度或規模範圍,全民健保算是政府長期關注的政策。另外民眾對於全民健保也給予相當的肯定,根據健保局委託美國哈佛大學公共衛生學院的調查發現,不論是整體醫療制度滿意度和就醫方便度台灣都高過英、美、加拿大、澳洲及紐西蘭(中央健保局新聞稿,2007 年 4 月 24 日)。

但是在民眾高滿意度的同時,卻也浮現許多問題,並足以威脅到健保制度的存續。雖然全民健保提供人民就醫的經濟性與便利,然而不論醫療照護的普及率增加,人口高齡化趨勢增加、門診浪費的問題以及錯估保費計算,都導致收支失衡進而引發全民健保財務惡化的問題(聯合報,2004年7月2日,A2版)。因此尋求解決健保財政危機的途徑,成爲政治人物關切的目標,主要分爲兩方向:其一是開源,透過增加費率、投保薪水比例與人口計算方式的調整,或者以使用者付費的方式,增加部份負擔及自費項目;其二是節流,總額支付制度、加強查核藥價黑洞,建立醫藥分業降低醫師所能申報的空間。在開源的收入面,因涉及

台灣政治生態的選票考量,以及顧及可能加重弱勢團體負擔,無論是政治或者輿論考量,保費的增加有限,調高費用也不易;相對的有效控管支出面的浪費,控制合理的醫療費用,成爲解決財政危機的選項,而總額預算制度(Global Budget System)<sup>1</sup>被視爲解決上述問題的關鍵機制之一(陳順義、鄭文輝,2003:3)。

事實上,總額預算制度包括由上而下的費用總額設定流程,上層部分包括, 依據健保法第四十七條,年度醫療費用給付總額,由主管機關(衛生署)於年度開始六個月前擬訂範圍,報請行政院核定,醫療費用整體的費用則是根據衛生署所 裁定固定的金額。接著再由費協會召集各總額部門進行年度成長率的協商,根據 健保法第四十九條規定,費協會開會的時間在應於年度開始三個月前,並在行政 院核定的醫療給付費用總額範圍內,協定保險醫療給付費用總額及其分配方式, 報請主管機關核定(中央健康保險局網站)。

相較於總額預算制度,總額支付制度爲其下位的概念。就實行而言,費協會協定年度成長率後,以其協定結果作爲的支出上限(expenditure cap)。同時,醫療院所的費用支付方式,是預算總額除以實際發生總服務量(點數)而得,藉此達到財務支出的平衡或者減損虧於預定的數額中(李春玉,1998:21)。換而言之,因爲總額預算制度範圍涉及較大,除了上述衛生署的年度總額提案、費協會的協商過程,還包括各部門的總額運作。爲了更精確的解釋,既定的金額下落實規範的可能性,本研究主要聚焦制度運作的層面。

值得關注的是,總額支付制度所造成的影響,在各部門的成效不一。首先牙醫部門於 1998 年試辦總額是啟動總額的關鍵時刻,中醫部門在 2000 年接續施行,然而接著加入總額的西醫基層部門卻不如預期順利,甚至在 2005 年四月 20日舉行台灣醫界大遊行,以「顧民眾、救健保、廢總額」的口號,號召將近

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>我國全民健保小組在研議制度之時,爲了化解醫界疑慮,以爲全民健保將仿加拿大、英國公醫「預算」,於是界定爲德國健保由付費團體與醫療團體代表,以協商的方式,協定總額與建立同儕制約精神,後來改稱爲「支付」,名爲「總額支付制度」,其蘊含(社會)預算與支付補償之制度意涵(行政院衛生署,2004:44)。

三萬五千人的醫療工作者要求廢除總額支付制度,拒絕爲政府的社會福利工作買單,當時醫師公會理事長吳南河強調,「總額制度實施以來,醫院點值不斷滑落,經營困難,政府再不改善,醫療體系即將崩盤。所以爲了爭取合理的生存空間,避免影響病人的權益,醫師不得不走上街頭。」(聯合晚報,2005年4月19日,3版)。不可諱言的,這一場醫療市場的陣痛,讓許多地區基層醫院,不敵醫學中心承受較低醫療成本,紛紛倒店關門。整體而言,西醫醫療服務衝量的情況也並未因總額實施而減少(鐘佩樺,2003)。這些總額部門運作發展歧異的表現,凸顯了一個重大的議題一爲何總額支付制度能幫助若干部門脫離資源分配的困境,卻同時成爲西醫部門的夢魘?

除了前述支付制度的改變以及各部門發展狀態,我們不能忽略的是總額支付制度的目標必須兼顧解決費用無限上漲,且同時也能提供專業授權,讓醫界自主管理。在這個前提下建立付費者(保險機構或政府)與醫療供應者之間,多元溝通及同儕制衡的機制,例如特定範圍的醫療服務(牙醫、中醫、西醫門診或住院服務等),預先以協商的方式,訂定年度健康保險醫療服務的總支出,支付在這段期間所提供的醫療費用,以合作的模式取代對抗(全民健保醫療費用委員會,2003)。

藍忠孚、洪錦墩(2003:9-13)指出總額支付制度理想的規劃,在於一個既定的金額下,讓醫療的提供者爲了提高平均點值,積極合理化醫療服務的量,抒解財務的困難。弔詭的是此舉無疑提醒醫療提供者,當支付項目金額遭到限制或下降,資源排擠的效用更形嚴峻,因爲支付的標準仍以論量計酬,追求利益極大的醫療工作者應該增加服務量。換句話說,醫療工作者陷入降低工作量以提高點值,與衝高就診數極大化個人總收入的兩難,前者的目標需仰賴未知的他者配合才能達成,後者則是來自可預期的自利行爲,總額支付制度如何調和利己與利他也利己的困境?

承上所述,如表1所示制度成效的脈絡觀察,論量計酬不利於醫師誘發行

爲與費用控制,總額預算的預期效果,是要解決前述的問題,代之以總額的上限與同儕制約功效的發揮。整體而言,制度的預期效果與實施效果,在西醫部門的點值下滑與醫界的反對聲浪,看似未解決問題的根源,若從經驗層面觀察,牙醫與中醫的費用的確受到控制,同時專業也獲得提升。<sup>2</sup>其實不同部門在健保醫療體系的立足點各異,包括:掌握資源的大小、政治影響的強弱、團體特性與醫療政策方向等,是故也會影響牙醫、中醫跟西醫部門的點值表現以及與政府談判的籌碼。回過頭來問,總額預算既然是在解決使用有限資源的困境,牙醫與中醫部門存在哪些因素使利己也利他的共善成爲可能?

<sup>2</sup>參見表 4 各部門歷年點值,牙醫與中醫部門的點值穩定度屬於總額實施部門中表現最好的,另外在歷年的評核會都得到優等或特優等的評價,也獲得額外的補助金額作爲鼓勵(蘇鴻輝,2006: 10)。

表 1 論量計酬與總額預算制度比較表

	論量計酬制 (支付標準不變)	總額預算制 (預期效果)	總額預算制 (實施效果)
醫師誘發需求	健保提供醫療成本,容易增加醫療 浪費的問題。	在一定的限度之下,比較不容易發 生。	僅限定總額上限,個別 行爲者仍採論量計 酬,效果有限。甚至在 西醫基層點數競爭更 劇烈。
費用控制	以量計費,看似無 上限的規範。在醫 療工作者自利考量 下,獲取越多的醫 療費用是理性的, 而使醫療黑洞日益 嚴重。	經協商達到年度 預算總額上限,建 立醫療同儕制 約,達到相互監督 的功效,降低監控 的成本。	僅控制整體總額的上限,卻未達到解決個體 資源競用的根源,支付標準仍是論量計酬。
專業自主	健保局規劃,醫界 被動接受。	由於強調協商的機制,各級醫療機構的互動,醫界負擔起同儕自主、專業規則訂定、保險財務共同負擔。	就宏觀面,因部份協商機構的代表性不足,以及權責不清,未能發揮出有效的制衡。
行政作業	集中由健保局對特 約機構進行輔導以 及支付費用的標 準。	醫事機構對於公會內部參與相關規範與專業審查。	在各醫院內部為因應 健保局的審查資格,設 立相關的程序單位。
核發點數	每點一元。	採計點值浮動的 方式。期望醫師能 藉由合理化醫療 行為,極大化點 値。	大多數部門發現,點值下降的衝量行為。
審查制度	健保局聘請醫事團 體專業審查。	行政審查與專業 審查。	處罰/審查標準,各部 門表現不一。

資料來源:作者自行整理

由於總額制度的實施成效及對醫療行為的影響,多屬於實證性的探討,無論 是對現狀改善的維持或產生醫療品質降低的疑慮,都是較重視「結果」的取向。 鮮少有以回歸到「制度」的角度探討,又抑或制度演變過程,即埋下政治妥協的 因子,影響後續的制度表現。進而言之,了解總額支付制度表現什麼設計原則, 以及爲什麼這些原則能影響或激勵參與者,使他們自己能有效治理和管理他們自 己的共有資源,是本研究最主要的研究動機。

## 第二節 研究目的與問題

本研究必須先需釐清兩大範疇。首先,全民健保政策的定位,官方的定調始終屬於「社會保險」,而非一般認為的「社會福利」。司法院大法官會議釋字第五二四,更開宗明義指出「全民健康保險為一種強制性的社會保險」。此與民間或具備社會福利背景的學者所認知有落差。其次,醫療費用的產出主要來自於三大方面:(1)醫療提供者的誘發行為;(2)醫療行為者的資源浪費;(3)藥價黑洞的問題。這三者交互作用的所引發的問題十分可觀,但未能更精細凸顯總額支付制度設計與自主管理的成效,故本研究的研究範疇,主要聚焦於制度如何影響醫療提供者自利行為。

Weimer(1995:2)認為制度設計蘊含可預期與存續的規則與動機,用以影響行為個體,大多數的社會制度來自於漸進的改革,政治與經濟制度常肇自目的性的設計。我國全民健康保險的總體目標體現於(一)全民納保、平等就醫,(二)財務平衡、永續經營,(三)提升醫療品質等三大方向〈行政院衛生署,2004:15)。政策立意雖好,事實上醫療服務衝量的情形屢見不鮮,民眾在醫師以量取勝的策略下成為首要的犧牲者,尤更甚者,由於醫師看診的時間短,制度又允許民眾隨時、隨地掛號,「逛醫院」成為臺灣醫療市場的常態(吳惠林,2005:46)。用此檢視三大總體目標,雖然可以說全民納保、平等就醫達到效果,但財務平衡與醫療品質都難以兼顧。當這個現象動搖健保的根基與正當性,健保政策轉為積極推動「總額支付制度」。

事實上,總額支付制度實施前,健保局與專業團體屬於上下階層的授權關係,健保局負責資源的配置與監督,專業團體僅能提供醫療服務,審查標準與健保制度的運作無置喙之地,處於政策被動者可能產生使不上力的無力感,抑或置身事外的感覺。當健保財務黑洞日益擴大,醫療給付的標準漸漸嚴苛,因而容易引起醫界的反彈。反觀,預期的理想醫療體系,乃是尋求政府官僚體系、市場及專業團體最恰當之組合,透過自主管理的概念,創造有利於規則秩序和集體行動

運作的條件。其本質在於以「制度運作」爲核心焦點,即是政府、市場與專業團體爲達到特定目的,而在此機制之下所產生之一些政策工具及其政策行爲,醫界被賦權(empower)在政策協商、規則訂定及專業自主的地位,同時也體現民主政治協商的價值。

影響制度設計的假設必須回歸對於人性的觀點,美國憲法之父Madison (1961:322)認爲「政府的存在,不就是人性最好的說明?如果每個人都是天使,政府就沒有存在的必要。如果是天使統治人,就不需要對政治有外來的或內在的控制。」換而言之,由於對人性的不信賴,制度設計必須加以限制。Popper (1968:350)則更爲清楚說明制度的功效,當我們擺盪在人治與法治中間,縱使渴望得到好的統治者,但是歷史經驗則說明,找到這樣的能人的機率是微乎其微,正因爲如此,設計一個好的制度更爲重要,因爲即使是壞的統治者,也不會造成太大的損害。

因此本研究希望從「制度」的觀點,開展總額支付制度的另一番視野,運用路徑依賴(path dependence)分析制度演化,幫助我們更清楚共有資源(comom pool resources)的自主管理,並企圖找出不同的切入點,奠基未來研究的方向,此爲研究目的一。再者,總額支付制度的政策目標,即解決資源有限的核心問題。值得注意的是中醫部門在資源總額限定的過程中,依然保持穩定的點值,加上台灣將中醫納入健保支付的範圍與國外另類醫療的定位有所差異,固有具備個案的獨特性,也有深入瞭解的必要,此爲研究目的二。最後,希望延續實證研究的發現,從而提供健保總額支付制度的建議,此爲研究目的之三。

此外,本研究之所以選擇中醫部門,作爲探討實施總額支付制度成效的研究對象,其理由有三:

- 一、2000 年中醫部門正式推動總額支付制度,整體點值的穩定度高,並在 多次的病患滿意度調查發現,其對中醫部門表現高度的滿意度,甚至在 其他項目還勝過牙醫與西醫(莊逸洲,2003:114)。
- 二、就執行策略而言,中醫自主管理對照台灣總額支付制度產生何種效益?

除了資源配置,衝突解決往往是舒緩對立觀點的機制,中區中醫也曾因為不滿預算分配方式,決定北上抗議,當制度面臨挑戰,如何找出緩和之道,就更加重要了。這裡深入瞭解總額支付制度成功執行必須仰賴哪些要件,實有研究之必要。

三、國內相關文獻討論總額實施的成效主要集中在牙醫部門,相對中醫部門 卻較少相關研究,或僅侷限在結果面的分析,缺乏制度面的論述,是故 本研究希望對此作一補充。

基於此,本研究嘗試從總額支付制度作爲切入,並檢視具制度果效的中醫部 門,試圖回答下列幾項問題:

- 一、總額支付制度從點值的表現上來看,爲何有不同總額部門的差異?
- 二、從制度運作以及共有資源管理的理論切入,探討這個差異發生的制度性可能原因爲何?
- 三、藉由中醫總額制度的歷史回顧以及自主管理的實施成效,尋找制度規劃 到落實的重要環節。質言之,如何引導行動者在資源有限的前提,克服 人性的自利,達到抑制醫療成本的目的?另外,共同管理方面,健保局 與中醫專業團體,又產生哪些有別於總額之前的變化?

## 第三節 研究流程與章節安排

#### 一、研究流程

本研究確定研究範疇與研究問題,首先開始蒐集相關主題的文獻與數據,並開始整理歸納,作爲本研究分析討論的基礎,從對文獻整理與總額執行單位的互動,設計訪談大綱,同時構想適當的受訪者與所需的統計數據。藉由深入訪談,補充文本資料缺乏的政府與專業團體單位互動過程與評價,並依訪談主題整理訪談逐字稿。最後,則提出研究的結論與建議。研究流程圖如下圖1:

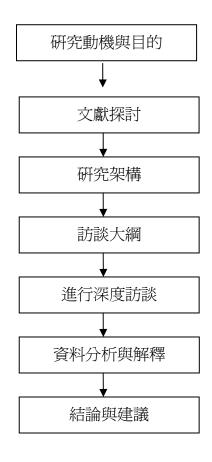


圖 1 研究流程圖

資料來源:本研究

### 二、章節安排

透過本研究章節安排說明,一方面能夠明瞭本文研究論述的脈絡,另一方面也能對比理論與資料相互並呈。本文共計六章:第一章導論;第二章文獻回顧與理論基礎;第三章研究架構;第四章中醫總額支付制度的演變;以及第五章中醫總額的自主管理,之分述如下:

第一章 導論:包含研究背景與動機、研究目的與問題、研究流程及章節安排,藉以說明本研究的背景及緣由,如何進行相關議題的探討與研究的流程。

第二章 文獻回顧與理論基礎:首先介紹醫療市場與政府干預的互動關係, 再導入「共有資源管理」、「制度設計」相關文獻作一番探討,並分析目前研究健 保總額制度和涉及中醫部門的研究取向,發展本論文以「自主管理」作爲研究總 額支付制度的理論基礎。

第三章 研究架構:該部分延伸對理論的實際操作,介紹本研究的資料蒐集及分析方式,受訪者主要以滾雪球的方式選取,並透過逐字稿的方式整理。相關統計資料例如爭議審議案件數量,則需要以公文索取,其他歷年點值及醫療院所數及醫療人員數,可從衛生署統計資料庫、中央健康保險局網站取得。

第四章 中醫總額支付制度的演變:本章的重點在於強調總額支付制度雖然自 1998年牙醫總額開始,但是卻非無中生有的,健保規劃時期總額制度明顯受到相關政治與社會政策實施經驗、特質與影響所制約。政府爲解決醫療的市場失靈以全民健康保險干預醫界自主,然而總額支付制度卻由政府失靈而讓醫界重獲自主權。進而言之,中醫總額支付制度的演化過程,我們可以看見哪些因子有利制度的鞏固,進一步探討這些互動的過程能否保存制度帶來共利的效果。

第五章 中醫總額的自主管理:延續第四章中醫部門歷史脈絡的耙梳,能更 貼切了解在共有資源的情境下,中醫如何成爲一個實施成效好的個案,本章將更 爲聚焦在 Ostrom (1990:90) 所提出自主管理的制度設計原則,檢視中醫專業 團體的執行情形,透過相關數值與訪談,瞭解制度與非制度面的扣連。 第六章 結論與建議:第一章研究問題作出發,分別在第二章闡述相關文獻 與理論,第三章定位研究架構,以自主管理爲主,歷史制度爲輔,分別呈現在第四、五章的經驗層面,藉由理論與實際運作的對照,針對本研究的發現做出結論, 提出總額支付制度可能改進方向的政策意涵,提供醫界與政府作爲改良總額支付 制度的參考,並作爲發展後續研究的方向。