第六章 結論與建議

根據世界健保制度的三大改革期：第一階段的「分配公平性」，係企圖達到每個人都有管道獲得相同程度的健保資源（universal coverage and equal access），造成醫療支出的急速成長；第二階段，改持重點放在費用的控制，如總額預算就是經由控制面下手。但由於管制多限制供給面，缺乏對需求面的限制。是故，造成醫療服務需求超過供給；第三階段，則開始以誘因結構作爲改革的基礎 (Cutler, 2002)。前兩階段跟台灣健保實施的現象雷同，由於總額支付制度的目標，即一固定限額抑制醫療服務量，固然可以立即解決財務無限上漲的困境，然而面對第三波改革誘因結構的訴求，其總額支付制度的設計機制需要何種調整的方向，用以達到有效管理的目標。

第一節 研究發現

我國目前實施的總額支付制度搭配論量計酬支付制度，其性質近似「共有資源」，本文從中醫總額支付制度演變過程切入，並以中醫門診總額的自主管理作爲延伸的個案，解釋實施中醫門診總額支付制度成效以及面臨困境的解決，並且提出制度運作過程，是否強化制度落實的政策目標，研究過程有下列幾點發現：

一、總額預算制度所形成的共有資源困境

總額預算制度從衛生署核定的年度總額，再交由費協會的各部門年度成長率協商，最後由總額專業委託單位與健保局執行總額支付制度，這整個流程從協商到操作面，都在「共有資源」的思維框架，對於醫療供應者與保險人而言，醫療資源是有限，又因爲全民健保追求醫療普及，高特約率的情況於臺灣醫療市場屬於常態，排除其他醫療使用者的機會不高。本研究從第二章的文獻分析與理論架構，包括政府干預醫療市場所引發的效應，以及尋找不同解決共有資源的合理使

用方法，除了點出總額預算所面臨的資源分配的情境，並連結共有資源系統與其特點在健保總額制度的體現。另外，既然醫療提供者所面對的情境是共有資源的困境，然而不同總額部門在運作資源分配的結果，卻出現大相庭徑的狀況，探究這些差異的來源，成爲本文的另一個主軸。

二、制度性的因素

從結果面去看各部門點值，固然可以發現政策目標與落實的表現，凸顯問題的所在，然而卻缺乏對制度本身的探究是否存在結構性的問題，中醫總額的制度運作提供我們切入的面向，探討這個差異發生的制度性。中醫部門之所成功運作總額支付制度可能原因有下列諸點：

（一）中醫總額明確的界限

中醫部門針對使用者資格與汲取量的限定，能夠明確管理資源的取用，除了資源獲得合理使用，同時也有助醫療資源的有效配置。中醫師公會採取成員身份的安排，對於分享集體的健保利益，是第一步的限制，對於人數已多的中區則以高額的入會費限制，並在中醫會刊，將各區的中醫師的供需作景氣號誌，鼓勵前往醫療缺乏的地區。並以兩階段門診折付壓低高服務量者，以 45 人次傷科治療作爲斷頭式不給付。

（二）中醫團體的同儕制約

從本研究發現，中醫團體的同質性，對於其管理自身的制度設計能有所幫助，倘若打破醫院部門的區塊，重新以專業角度分工，不失爲一個治理的方法。中醫中醫師間管理較具成效的主要原因，除了專業與醫療型態的相似度高，利益趨同較一致，領導人協調功能與歷史發展過程也幫助中醫團體有更強烈休戚與共的感覺。首先，由於健保局所面對的對象相當複雜、處理的事情也相當多元，面對不同部門的運作事項，總有鞭長莫及的感嘆，然而中醫師公會領導者的人際網

絡能夠深入組織的細部，則更有順暢推行相關的政策與規定，降低協調成本，並且能解決分區的衝突，具有很大的影響力；其次，從早期接頭抗爭參加社會保險，到中醫成爲附加保險的歷史記憶，中醫沒有西醫部門的優勢地位，團結與共識成爲他們集結力量的選擇。質言之，因此中醫內部面對制度所引發出來的衝突，還是能尋內部途徑解決，並獲得其他分區的諒解。

（一）中醫團體的分層治理

專業委託團體的分層治理是一項管理的重點，唯有適度的分工才能降低資訊落差，在政策的落實與監督方能達到因地制宜的效果。總額支付制度實施後，對於政府而言，將專業審查授權及自主管理提供給專業團體，透過費協會、中醫總額支付制度委員會等機構，一方面可以促進公私部門的溝通的管道，並藉以降低更多的交易成本。

從上述可之，藉由中醫總額制度的歷史回顧，以及自主管理的實施成效，找出制度運作從規劃到落實的重要環節，組織的同質性與領導人的協調功能可以引導行動者在資源有限的前提，克服人性的自利，達到意見協調與抑制醫療成本的目的。

第二節 反省與建議

一、政策建議

在研究取向方面，針對總額實施後的制度成效，諸如制度影響下的醫療行爲、醫院管理與財政分析，相關質化研究已有豐富的成果，相較起來，學界在制度設計的研究，則缺乏一個系統的方法作全面性的評估。本研究以Ostrom的八項制度設計原則，評析中醫部門自主管理效能，藉由總額實施後，其因應策略的正負反饋，提出相對應的策略建議。誠如林志鴻所言，支付制度應該屬於醫療體系

的一環，不應只是爲了滿足某些目的，而改變整個醫療體系，其主張醫療體系應站在一個上位的概念（黃月桂、王惠玄，2002：193）。思考的重心不應該僅是侷限於成本或者品質的維護，而是重新思考在既有的醫療人力與物力上，何種醫療體系是我們認爲合理狀態。如何營造這個共識與落實，而不是單靠一個支付制度的轉變，引導想像中的理想體系。

（一）公私部門的平衡參與

當政府醉心於良好的管理與成功的制度，必然來自於某種程度成功的強制，值得注意的是，他是否伴隨著高壓式的不對等，壓迫到相對弱勢的團體（Agrawal, 2003:257）。因此醫療提供者的想法必須加以了解，因爲它們乃是推動健保政策有效執行重要的一環；其次，將這些群體整合入決策體系應該有助，於平衡健保政策推動過程中過度倚賴國家機關的傾向；另外，制度化社會參與的建立，將有助於減輕國家過度負擔的問題。最後，由於全民健康保險法有關於醫事團體與政府之間的契約委託，法律授權的審查制度改革、支付、權利義務關係等在母法中規定的並不完備，且屬於勞務契約，使其面對特約醫療機構的管控，出現正當性的質疑（行政院衛生署，2004：135-136）。

（二）建立應建立制度化的小組，定期舉辦幹部教育

由於中醫部門屬於功能專科的劃分，加上參與健保特約大多是以診所的型態爲主，不論是資訊的獲得、專業能力、或者中醫本身內部的動員能力相較西醫部門具有優勢，但是因爲目前爲止，主要的公會幹部與參與者都是屬於自願性質因此很容易因爲管理團隊更迭，導致運作的成效無法維持，加上醫師必須在職業之外參加全民健康保險的協商與自律，常分身乏術。

（三）建立審查的公信力

審查醫師的遴選辦法，應加公開與透明化，才不至於人爲色彩濃厚，影響

成員對審查制度的信心。另方面審查指標的建立，透過電腦根據指標的篩選，避免現在個案分析耗費人力與物力。

（四）對應的配套措施

目前總額支付制度的管理，主要偏重於現有固定資源的分配，尤其是透過不同部門的協商，甚少關懷到如何維持資源系統的持續性，和提高資源分配的妥善性。首先，制度的短期目標是用以解決長期以來的財務危機，但是個別醫療工作者，仍以論量計酬的方式，從資源系統裡提取資源，仍需搭配其他的支付方式改革；其次，資源提取的模式，應考量更多區域差異的指標，否則將會使六區不同的地方分會間產生越來越多衝突。

（五）地方共管會議的有效互動

由於目前健保分局與中保分會的關係，是依循各上層組織的契約關係所衍生，在監督診所的工作雙方互動相當密切，當點值低落或是相關的問題產生，健保分局與中保分會能夠一起合作解決問題。但是目前兩者並未出現有約束力的仲裁者，以解決地方層級在協商時所出現的僵局或衝突。

（六）資訊互通的有效性與完整性

爭議審議的申複業務主要由地方分局所負責，然則因爲健保局擷取的時間點不一樣，所以給的資料還是不完整，因爲雖然兩年內可以補報資料，核減或者其他，資料不一定是正確資料，公告資料也有可能不是正確資料，加上跑資料人的流動率很大，角度不一樣資料也會不同。另外，相關申複與爭審案件仍須與專業團體交流，用以檢視其爭議解決的程度。

目前全民健保的業主，主要只有健保局獨自經營且爲公營單位，容易產生 X 無效率，加上沒有競爭對手的疑慮，甚且經由官僚結構的制度產出，也不必然有

效反應顧客的需要，進而言之，追求高品質的醫療服務，透過競爭的方式優於政府的管制（Zweifel,Breyer,1997：135）。藉由打破獨斷式的經營方式，以多元保險人的概念，導入市場競爭的機制，從而使人民多一些選擇。但是，相關社會弱勢團體對於於逆選擇的公平性與醫療品質的維護，產生更大的疑慮。

綜上所述，全民健保財政的問題，不能單從市場與管制的二分法，各自尋找解決市場失靈的途徑，也不宜以貿然激進的手段爲之，反之，折衷路線下的統合主義思維，則傾向追求分工整合的模式，達到社會最佳的均衡，誠如前言平衡健保多重目標，使之僅只有偏重競爭與效率，同時促進品質跟公平性。

總額支付制度從研議到全面實施橫跨數十年，經歷黨國體制的國民黨執政時期，西元 2000 年民進黨第一次的政黨輪替，始終如期推行，雖然醫療團體與學者對總額支付制度所帶來的影響，正反兩端的看法都有，但是制度持續進行。然二代健保改革，將健保局行政法人化，當保險者權力型態的轉變，加上醫療專業團體自我能力的覺醒，對於總額支付制度的影響程度，則有待後續觀察。

二、後續研究發展

本文藉由 Ostrom 制度分析的一般性通則，回應其採用「具體明確的集體行動理論」作分析工具的呼籲，透過瞭解健保總額預算資源管理的實務狀態，檢視制度設計原則輔以相關人員的訪談的方法，將實際的案例具體而微的呈現，連結理論與實證面的橋樑，爲理論反思的基礎。然而，總額支付制度已經陸續推行，不同部門的問題與困境有所差異，這樣的自主管理制度有時成功，有時則否，顯示自治制度背後有值得深入了解的必要。全聯會以及政府相關的機關應該透過各異實施成效，加以比較檢討，誠如前述總額制度一直在發展與演進，應該積極藉由現有借鏡解決問題。由於本研究的研究限制，在於主要以中醫部門作爲研究個案，其醫病關係與診療方式與西醫有所差異，加上中醫醫師的分佈，未若西醫養成過程的普及，因此未來可以針對情境模式差異的觀察分析。

另外，研究發現中區的中醫與牙醫的醫療消費都是最高的，而西醫基層也曾經上街頭抗議，換而言之，各部門在中區地區醫療的衝量是個案還是普遍？最後，中醫 95 年度實施新制門診總額不分區後，哪些地區會表現更好或更壞？是否造成更多的衝突？中醫團體內部是否有充分的監測指標？都是未來可以延續的方向。