國立政治大學財政學系碩士論文

指導教授:連賢明 博士

偏遠地區民眾之醫療照顧政策成效分析

政治



研究生 陳宗梧 撰

中華民國九十九年七月

摘要

為使全體國民享有基本的健康權利,健保涵蓋範圍乃極力擴張。從民國84 年健保開辦至今,全國的納保率已達99%;透過醫療照護政策及原委會的補助, 山地離島地區的民眾更已全數納保。然而,過去許多偏遠地區的民眾空有保險, 卻無處看病。為求改善,健保局陸續實施偏遠地區的醫療照護政策以增加醫療供 給、滿足弱勢群眾之需求。其中自民國 91 年起實施的『西醫基層總額支付制度 基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫』,係針對基層醫療資源缺乏的 次偏遠地區,提供至當地開設診所之醫師診察費用加成的經濟誘因,以期提升當 地的醫療供給。本文以差異中之差異分析法,估計該政策實施前後兩年,醫療服 務供需雙方的各項指標變動情況。根據結果,對供給者而言,政策實施後的診療 次數及申報金額皆較過去下降,顯示經濟誘因不夠充分,難以彌補醫生至偏遠地 區開業的損失;而對於需求者,就診次數顯著提升、就診的申報金額及部分負擔 金額均顯著下降,則顯示計畫實施地區民眾的醫療可近性提昇,同時可能帶來衛 生保健的改善及醫療支出的下降,有正向幫助。此外,本研究認為對衛生所的投 入亦相當重要。一來衛生所的分布均勻,提供一定的可近性;二來衛生所醫師看 診並非以營利為考量,不易受經濟因素干擾。假若相關單位能對衛生所有較多投 hengchi 入,必能得到穩定的回報。

關鍵字:DID、全民健康保險資料庫、醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫

目錄

第一	章	研究	「景、動機與目	的	1
第二	章				4
	第一	節	肾之地		4
	第二	節	目關照護政策…		6
	第三	節	內政策成效分	析	9
	第四	節	、結		11
第三	章 >	研究	5法		12
- 1	第一		十量方法		12
	第二		『證模型		14
	第三	•	· 數說明······	V	15
	-,	,			
第四	章 >	研究	肾料		16
-1	第一		`` 資料來源	Halia	16
	第二		· 肾料處理·······		17
	•				
第五	章	實證	吉果		21
	第一	節	音療服務供給者	-敘述統計	21
	第二	節	音療服務供給者-	-估計結果	23
	第三			-敘述統計	24
	第四	節	音療服務需求者	-估計結果	26
	第五	節	E伸討論	Mengch!	28
第六			建議		30
					30
	第二	節	T究限制及未來	發展方向	32
參考	文獻	•••••	•••••		33
附表					35

表目錄

表	1	台灣醫療照護政策比較表格	8
表	2	本研究採用之檔案及可獲取變數	16
表	3	案件分類及特定項目治療代號之案件次數表	17
表	4	計畫實施鄉鎮	10
表	5	計畫地區診所敘述統計	21
表	6	醫療供給者的估計結果	
表	7	民眾就醫狀況敘述統計	24
表	8	醫療需求者的估計結果	26
表	9	民眾就醫狀況敘述統計	28
		(計畫下所有涵蓋區域)	
表	10	醫療需求者的估計結果	29
		(計畫下所有涵蓋區域)	
附	表 1	計畫實施鄉鎮	35
		(計畫下所有涵蓋區域)	
		同口体	
		圖目錄	
啚	1	1998 年每萬人醫師分布圖	2
啚	2	差異中差異分析法示意圖	13
啚	3	醫療服務供給者 串檔流程	20
圖	4	醫療服務需求者 串檔流程	20

第一章 研究背景、動機與目的

全民健保開辦的目的,是集合大多數人的力量,共同解決少數人的就醫障礙,以期照護全體國民之健康。由全民健康保險簡介(2009),健保開辦至今不僅行政效率逐步提升,弱勢民眾所受到的照顧亦逐漸完整。然而這一路走來並非理所當然。台灣山多平原少,造成島內各區域發展差異懸殊。交通條件、生活環境及經濟狀況欠佳的情況下,使得許多偏遠地區的醫療品質普遍低落;語言隔閡和文化習俗的不同,更讓現代的醫療觀念難以順利推廣。蕭正光等(1997)以秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉及豐濱鄉四個偏遠地區作為研究區域,再隨機選取花蓮市、玉里鎮、光復鄉、壽豐鄉作為對照區域,發現到健保開辦初期,由於醫療資源分配不均,無法落實對偏遠地區民眾的醫療照護責任。較差的生活環境、較差的健康自覺,在醫療可近性上卻得花費較對照地區加倍的時間才能獲得醫療照護。

世界各國的偏遠地區皆有人才招募的困難。當前經濟快速發展,人口大多往都市地區移入,造成城鄉人口差距擴大。鄉村地區市場萎縮的直接影響,便是財貨與勞務的供給者在當地無利可圖,而不願意在鄉村開業。然鄉村地區物質水準低落又再次成為人口外流的推力。如此循環的結果,終將導致鄉村地區的生活水準更為惡化。Lankford (1974)指出人口總數與醫師分布有重要關聯。推究其因,人口眾多的都市地區,有較大的醫療市場以及先進的醫療設備,都是吸引醫師進駐的拉力。施仁與(2009)亦指出醫療資源數量與城鄉因素有極高的相關性。根據世界銀行數據庫(World Bank Database),2007年全世界居住在都市的人口有49.5%,其中開發中或已開發國家的比率更高。開發中國家如巴西為85.1%、墨西哥為76.9%;已開發國家如美國為81.4%、德國為73.6%及英國為89.9%。可見世界各國在經濟發展之下,均可能面臨弱勢族群的資源不足、亟需照護的問題。特別是外部性極高的「健康」,更是不容忽視。

台灣面臨的問題亦同。根據主計處統計,2007年(國內遷徙調查統計結果 綜合分析)台灣設籍於北部的人口占45.13%;合計臺北縣與臺北市之居住人口, 高達總居住人口之 29.58%。而且,因工作而搬離鄉村的實際人數尚可能不僅於此。根據 2010 年主計處資料,台灣目前在農村從事農業的就業人口僅占總就業人口的 5.1%,已從三十年前的 153 萬人降至 53 萬人。顯示工業化之後,鄉村人口大幅外流。當醫療院所、醫師都選擇在人口繁多的都市設立與開業,原本地處偏遠的鄉村地區,醫療條件必然更加惡化。胡玉蕙等 (2001) 利用醫師分布的吉尼系數及羅倫茲曲線的分析結果,顯示醫師在人口與地理分布上都不均勻。雖然在實施全民健保後在人口上趨於平均的趨勢,但是在地理區域分布上仍有集中之趨勢。如圖一,可看出在健保實施初期,醫師在地理區域上的分布依舊不甚平均。

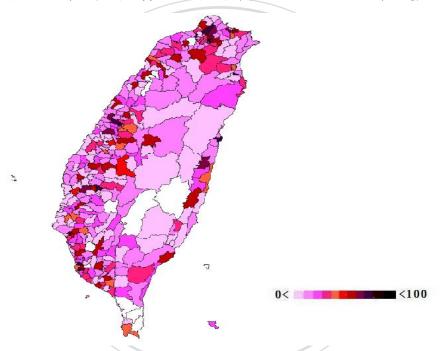


圖 1:1998 年每萬人醫師分布圖 (胡玉蕙等,2001)

有鑒於偏遠地區醫療提升之必要,從 1995 年醫療給付及特約管理規定鬆綁開始,健保局不斷努力,實際行動於『山地離島地區醫療服務促進方案』。該方案做到提高開業誘因、擴充醫療設施、建立醫療照護體系及增加納保率,為『IDS』及『醫療資源缺乏地區改善方案』提供良好的鋪陳(戴桂英,2002)。

在『IDS計畫』中,直接用「將醫療資源送進偏遠地區」的做法。其藉由較 具彈性的支付制度誘因導入鄉外醫療資源,協調整合當地醫療院所與衛生所,以 分工合作的照護模式共同提供民眾醫療服務(林正介等,2006)。雖然『IDS計 畫』已將所有山地離島鄉納入計畫,然而,在台灣的其他角落,卻仍有無醫鄉的存在。為彌補『IDS計畫』涵蓋範圍之不足,健保局每年乃有『醫療資源缺乏地區改善方案』,鼓勵醫療人員至該地區開業及提供巡迴醫療等服務,以補足遺漏。

『醫療資源缺乏地區改善方案』可細分為三個面向,有西醫、中醫及牙醫。 『西醫醫缺地區改善方案』全名為『西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案』¹。為鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務,健保局自 2002 年的試辦計畫起,給予新開業醫生的優惠為「診察費每點支付金額,按該區當季每點支付金額加一成支付,每點至少一元。」並給予已開業醫生「門診量達上限內,診察費每點支付金額,按該區當季每點支付金額加一成支付,每點至少一元;若其門診量大於上限之部分,則依每季浮動點值計算。」之優惠。

不論是『IDS』或是『醫療資源缺乏地區改善方案』,健保局每年皆斥資上 億經費(2007年全民健康保險統計動向;全民健康保險醫療費用協定委員會委 員會議資料彙編),以求取偏遠地區醫療服務數量的提升;其中山地離島地區在 2007年的醫療支出甚至達34億元。也因此,在大量金額投入以及兼顧照顧弱勢 族群之使命的雙重壓力下,健保局醫療投入的成效為何,顯得非常重要。此外, 過去的研究常使用抽樣訪查的方式,向偏遠地區居民詢問就醫經驗、醫療可近 性、就醫滿意度等資訊(龔佩珍等,2007),以分析計畫實施前後之改變與成效; 且過去的焦點往往關注在醫療服務需求者,缺乏供需雙方的完整分析。本研究擬 使用全民健康保險研究資料庫,客觀針對2003至2004的『西醫基層總額支付制 度基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫』,探討健保局在提高醫生的 診察費用、鼓勵其至偏遠地區執業的情況下,對醫療市場供需雙方帶來的影響。 包括醫生的看診次數及申報金額變動?民眾就醫次數的提升效果?以及案件申 報金額及部分負擔的變動?

¹ 計畫自 2002 年實施。2005 年前名為『西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵措施試辦計畫』,2006 年起則更名為『西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案』。

第二章 文獻回顧

第一節 貧瘠之地

醫療資源的可近性,是健全國家衛生體系的重要條件。然而工業化時代來 臨,造成鄉村人口外移、都市化程度提高,城鄉差距擴大使得醫療資源分配更為 不均。我們常可見到台北市的診所如同超商般比鄰而居,大型醫院亦僅在箭步之 遙;偏遠地區的居民卻因感冒發燒而須不遠千里地求取治療。都市地區醫療資源 嚴重浪費,鄉村地區卻嚴重不足,在在對社會安全體系的穩定形成挑戰。

全民健保自開辦以來,企圖讓人人都能在健保的保護傘下,享受平等且優質的醫療服務。然而,空有健康保險而無相應的醫療資源提昇,偏遠地區民眾依舊無法受到妥善的照顧。張慈桂等(1998)以花蓮縣為例,發現偏遠地區民眾(實驗組)有較高的醫療需求,並有較高的門診、急診及住院等醫療利用,可近性上卻相對較差。實驗組居民有較多民眾認為就醫不方便,且須花費對照組民眾 2.3 倍的時間才能得到醫療服務。

固然政府單位有心解決偏遠地區醫療資源缺乏與品質不佳的問題,但在無法辨認偏遠地區與都市地區的差別下,很難精確地執行與規劃相關的照護政策。美國的職業療法醫生協會(OTA)於1989年,在其出版品上發表的文章(Defining "Rural" Areas: Impact on Health Care Policy and Research),指出在設計鄉村醫療計畫會遇到的最大挑戰,在於如何明確定義鄉村(rural area)。一旦缺乏明確的分辨,將難以規畫精確且有效的策略。Conrad(1991)指出對鄉村地區的定義通常有兩個來源。其一為以行政區域為界,參考圍繞在都市地區周圍的行政區域,以其和與都市地區的經濟互動為考量,與都市地區無互動者則屬鄉村;其二為根據人口統計,只要該群聚人口少於兩千五百人即屬鄉村。當然,兩種意見分歧的方式,在最後辨別出的結果亦不相同。

洪正芳等(1998)以瞭解醫療資源分布狀況為研究目的,建立一套綜合性評估指標,以做為改善民眾醫療可近性的決策參考。經研究,遴選出七項重要的指

標,供給面分別為西醫師比、一般病床比、ICU病床比、基層醫師比及醫療機構 比;需求面則為老年人口比及嬰幼兒死亡比。其中所占權數較重者,又以西醫師 比 0.25、一般病床比 0.23、ICU病床比 0.15、基層醫師比 0.14 及老年人口比 0.12 屬之。由上述便可得知各項指標對衡量醫療資源分配情況的重要程度。

醫療資源分配程度大大影響民眾對醫療資源的利用及滿意度。施仁與(1994) 以花蓮為例,探討在族群、城鄉地理交通與醫療資源數量等三項因素,對醫療資源的利用及滿意度的影響。透過分層抽樣法、問卷訪視的方式,得到有效樣本 1725份。研究發現城鄉地理交通因素中,城鄉類別、交通方便性與單程交通所需時間對醫療利用及滿意度有顯著影響。而醫療資源數量方面,由於該因素與城鄉因素具有共線性(r=0.95),故對醫療利用與滿意度的影響與城鄉因素相似;也就是醫療資源因素對醫療利用與滿意度的影響可由城鄉因素解釋。因此主張在偏遠地區,應當有更完善的醫療設施與充足的醫事人力,以提供民眾醫療服務需求。

台灣自全民健保開辦初期,便開始一連串的弱勢民眾醫療照護計畫。除了備受關懷的山地離島地區,健保局亦將國內的醫療資源缺乏地區納入照護範圍。以『2002年西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵措施試辦計畫』為例,計畫中所定義的醫療資源缺乏地區,為每鄉鎮每位西醫師服務投保人口數大於四千人,且未實施『全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫』之鄉鎮。從2002年的初期試辦計畫,每年的醫缺地區定義皆有微幅變動。從2005年開始,另將鄉鎮的都市化分級程度納入考量,以免缺漏任何一個需要幫助的地區。

第二節 相關照護政策

偏遠地區的醫療資源缺乏問題,在世界各地普遍發生。為了讓該地民眾也享有平等的權利,國內外均曾採行相關的照護政策以求改善。譚秀芬與曾泓富(2003)就各國不同的照護政策,擇要分為「滿溢策略」、「情感認同」、「經濟誘因」、「公費醫師」、「移民策略」、「多重訓練」及「支援醫院」等七種策略。而台灣的相關政策,則以經濟誘因以及支援醫院為主要手段,以下將簡要說明國外與台灣的情況。

「經濟誘因」屬於短期內最直接且見效的策略。Holahan 等(1979)以美國加州為例,研究 Medicare 與 Medicaid 中給醫生的服務津貼,對醫生行為的影響。結果發現醫生的醫療服務供給,對醫生從服務中所收取的價格變動相當敏感。本文所欲探討的『基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫』即屬於其中一種。台灣於 2002 年的試辦計畫起,針對政府認定的醫療資源缺乏地區,開放欲前往執業的醫生申請診察費用加成。作為輔助的巡迴醫療,則是給予前往極其偏遠地區提供醫療服務的醫師費用補助,以滿足計畫下所未能及的民眾需求。

「支援醫院」是透過衛生行政體系整合地區的醫療資源。也就是整合偏遠地區的次級或三級醫院,成為該地的支援醫院。國外對整合的研究,從1980年代起的併購、合資或簽約的整合組織,到1990年代的整合性健康照護系統(IDS)組織型態興起,在美國的醫療實務與學術界皆曾興起廣大熱潮(林妍如等,2002)。根據美國對整合性健康照護系統的定義,係指透過上層的衛生行政體系主導,針對醫療環境缺乏的特定人口,進行不同醫療院所的整合,給予醫療照護、改善健康及醫療服務品質,並降低醫療成本(Conrad & Dowling,1990)。而整合的模式又可分為兩種類型,垂直與水平。垂直的型態為不同層級的醫院、醫療處置之整合;水平的型態則為透過結盟或合夥關係的途徑壯大服務的提供廣度(Conrad & Shortell,1996)。台灣的山地離島地區便以IDS為主要策略。中央健保局自1999年起推動『山地離島地區醫療給付效益提昇計畫』至今,已將所有山地離島鄉鎮

納入計畫當中。實施的方法為健保局與國內大型醫院簽訂契約、給予經費,由大醫院對各自負責的偏遠地區進行醫療資源整合。除了自家醫院輪流分派醫師與設備前往服務外,還與當地附近的診所進行垂直整合以分工合作。截至民國2007年底的資料顯示,執行現況為辦理28項計畫,20多家特約院所投入當地醫療服務,每月提供1746診次專科診療、全年約460萬人次診療、急性醫療與預防保健服務(含當地院所服務量),支出醫療經費約計34.3億元(含當地醫療費用),民眾對IDS醫療服務的滿意度達88%(全民健康保險統計動向,2007)。



表 1:台灣醫療照護政策比較表格

			西醫基層總額支付制度
政策名稱	山地離島地區醫療服務促進方案	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	基層醫師至醫療資源缺乏地區
		(IDS)	服務獎勵試辦計畫
簡述	以政府的力量主導,修訂制度、培養	健保局與大型醫療院所協議承包價	利用提高醫師診察費用之誘因,吸引
	醫師人力、擴充設備及提高健保涵蓋	格,提供專科服務,並整合當地診所、	西醫基層診所前往醫療資源缺乏地區
	率,提昇山地離島的整體醫療素質。	衛生所。同時因地制宜、提供所需。	開業。
計畫發布時間	1999 起	1999 起	2003 至 2005
實施策略	1. 充實山地離島醫事人力	1. 引進專科服務。以定時定點的支	1. 吸引西醫基層診所至計畫涵蓋區
及要點	2. 充實山地離島醫療設施	援性服務為主。	域開業服務。
	3. 建立醫療照護體系	2. 整合當地衛生所與診所,並結合	2. 延攬西醫基層專科醫師定期提供
	4. 提高財務誘因 ■	社區資源,提供服務至最需要的	專科門診或巡迴醫療 服務。
	5. 提高納保率、降低就醫障礙	保險對象。	
支付方式及獎	ational and the second	1 承作基本費	1. 新開業醫師:
勵措施	\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	2 定額變動費用	診察費每點支付金額加一成支
	1	3 風險分攤醫療費用	付,每點至少一元。
		Ch- bi Uni	2. 已開業醫師:
		依上述三種費用「協議」費用總額。	門診量少於每月二千一百人次部
			分之診察費每點支付金額加一成
			支付,每點至少一元。
			3. 定點支援、巡迴醫療:
			論次計酬 (限定次數及時間)

第三節 國內政策成效分析

台灣對偏遠地區的醫療照護政策種類繁多,不同的目標群體、不同的族群特性,同時也適用不同的補助方式、以達到不同的目標及成效,最後能用以衡量的資料型態也各有不同。以下將回顧過去各種醫療補助計畫的成效及其衡量方式。

譚秀芬與曾泓富等(2001)曾針對『山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS)』的實施成效深入研究,分析在該計畫之下,對山地離島地區的醫療相關指標是否具有顯著差別,並指出不同地區、不同經營模式之差異。該研究利用 1999 年至 2001 年上半年,分別於阿里山鄉、大埔鄉、七美鄉及望安鄉四地共十二筆之門診資料申報檔,進行交叉比較。將每一資料檔的 1.總門診人次,2.總申報費用,3.急診人次,4.急診費用,5.鄉內門診利用率及各相關費用進行統計分析。結果顯示阿里山鄉自『IDS』開始後,不論鄉內或鄉外的門診利用率,皆無明顯差異,但仍高於無計畫支援時期。大埔鄉自從實施『IDS』之後,門診利用次數較過去成長不只三倍。七美鄉的利用情形與山地鄉截然不同,在鄉內利用率達到 65%,比前兩山地鄉高出許多。望安鄉的門診利用率更是居四鄉之冠。

謝春福(2004)使用健保資料庫,佐以差異中差異分析法,追蹤2004年1月設籍馬祖的居民,在IDS計畫實施前後的醫療利用及費用改變。馬祖地區的IDS計畫於2000年3月委任連江縣立醫院辦理,並於當年度6月份開始穩定提供醫療服務。該研究以2001、2002年為實驗年度,1999、2000為對照年度,試圖在排除無法觀測到的外在影響下,瞭解計畫穩定實施年度的醫療利用有何成果。結果發現民眾的門、住診次數、各類預防保健與費用皆有提升,縣外門、住診使用率則呈現下降趨勢,顯示IDS實施後,馬祖的醫療使用情形獲得改善。

施純全等(2004)在『實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討』中,探討民眾對該計畫的各項滿意程度。該研究使用2004年7月至10月的全民健保無中醫鄉巡迴醫療服務門診日報表,分析無中醫鄉醫療服務巡迴計畫的醫療服務利用概況。結果顯示計畫實施地區相對一般地區,病患家庭月收入及教育程度偏低、女

性及老年人口比率偏高、慢性病患者亦高於一般地區,顯示偏遠地區人口組成的 弱勢程度。而計畫地區的病患的平均就醫次數高於一般地區,不論是就醫人數、 就醫次數、就醫比率及有就醫者平均就醫次數均有顯著提升,顯示該計畫不僅增 加醫療資源的提供、提高就醫可近性,同時增加就醫民眾對全民健保的滿意度。

李亞欣等(2006)針對衛生署推動獎勵醫師人力進入偏遠地區服務的措施,探討 2002 年至 2004 年衛生署公告的 160 個醫療資源缺乏鄉鎮,比較醫師執業介入下,偏遠地區民眾的醫療可近性與滿意度之差異。該研究針對家戶以分層隨機比例抽樣的方式,用結構試問卷透過電話訪問調查,得到就醫經驗、醫療可近性、就醫滿意度等資料。結果顯示偏遠地區民眾對西醫表示方便者有 90.29%,不滿意者有 7.92%;對中醫表示方便者有 63.83%,不滿意者有 25.53%;對牙醫表示方便者有 81.81%,不滿意者有 14.54%。回歸分析發現,其中影響偏遠地區民眾對西醫滿意程度的要素,為「鄉鎮內西醫門診時段之滿意度」、「與去年相比今年就醫方便性」、「擔心就醫即時性」。由此可得知欲提高偏遠地區民眾對西醫滿意程度,可從上述三個方面著手。而六成以上的民眾表示就醫方便,也說明了偏遠地區民眾的就醫情況較獎勵計畫前有所改善。

洪素修(2006)利用國衛院發行的健保資料庫,研究『牙醫總額醫療缺乏地區改善方案(2002)』實施前後的門診利用差異,並探討其中的因素。處理上使用方案實施前一年(2001年10月至2002年9月)及實施後第一年(2002年10月至2003年9月)及第二年(2003年10月至2004年9月)資料,由牙醫健保門診利用人數、人次、費用和治療項目的改變,分別以描述性和推論性統計進行資料分析。發現方案實施後,鄉民利用率和每人每年平均利用次數增加,並減少鄉外就診。在鄉內、鄉外牙醫門診利用人數、人次和費用上,山地及平地鄉之鄉內皆較實施前鄉外提高,唯民眾每人次平均費用比實施前減少。但實施後第二年利用人數、人次及費用之成長率較第一年低。至於為何實施後第二年的各項指標成長率相對第一年低,文中未有解釋。究竟何種因素所造成,有待進一步的研究。

第四節 小結

綜上所述,我們瞭解到偏遠地區的資源缺乏,大大影響到該地民眾的醫療可 近性。由於醫療的需求彈性相當微小,一旦染上嚴重疾病,對治療的需求往往刻 不容緩;若此時的醫療可近性不足,將對健康狀況乃至整個家庭帶來龐大的危害。

為改善醫療資源分配的不均,首先須將偏遠地區的界限明確劃分。早期的研究與指標建立,幫助了政府在規畫相關政策時能夠對症下藥。接著,計畫的實施策略,亦有多種方式。以台灣現況來說,對山地離島等極度隔離的地區,採取國外行之有年的「支援醫院」的策略。透過行政體系的主持,交付大型醫院整合地方性的醫療資源,相互合作、輪調專科醫師,並提供定點設站、巡迴醫療等服務,讓極度不便的地區也能夠享有基本的福祉。至於醫療資源缺乏的次偏遠地區,我國則使用「經濟誘因」的策略,透過提高執業醫師的診察費用,吸引醫學人才至偏遠地區開業服務,以試圖改善醫療資源分配不均的問題。此外,尚甫以「情感認同」,吸納在地學生予以公費獎助,或是過去的「公費醫師」制度等等,要求在完成學業後回到鄉村服務。

為檢視偏遠地區補助計畫的成效,陸續有相關研究出現。分析的方法,可粗略分為兩種。其一為利用問卷調查的方式,訪問民眾的醫療利用情形及滿意度,以主觀認知的方式了解成效。其二為利用實際資料,如門診申報資料或健保資料庫,用敘述統計或是回歸的方式,檢視計畫實施前後的客觀資料,包括門、住診人次、費用、鄉外就醫率等等,是否有所不同。

過去的研究多半站在醫療需求者的角度,分析民眾的醫療利用率、可近性是否有所提升。本文擬以較為客觀、全面的角度進行分析。目標政策為『基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫』,資料使用健保資料庫,研究對象則為醫療的供給者及需求者。研究以提高醫師診察費用吸引醫師於該地執業後,醫療供給者申報費用的消長,是否足以維持與過去相同的收入;以及計畫涵蓋市場的醫療需求者,使用次數及花費是否提升。

第三章 研究方法

本研究使用健保資料庫,探討『西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫』實施後,對於前往該地執業之診所以及居民各有怎樣的影響。該計畫自2002年開始實施,本文的研究時間為計畫實施年度的前後兩年(2000至2001與2003至2004)²,利用差異中差異分析法做出比較。分析在計畫實施前後,執業診所及偏遠居民的醫療案件次數及申報費用消長情形。執業診所部分,可了解參與計畫的診所在偏遠地區執業後,醫療案件次數的變動,以及受到診察費用加成的優惠下,申報費用是否足以達到過去的水準;偏遠地區居民部分,則可了解在醫療資源介入下,民眾的醫療利用情形以及花費的變動。

第一節 計量方法

差異中差異分析法(Difference in Difference, DID)

差異中差異分析法常用來做為政策的成效分析工具。所謂差異中差異分析法 係指將研究對象區分為實驗組與對照組,分別計算出實驗組與控制組在政策實施 前後的差異,再將該差異予以相減,求取兩差異中之差異值。

之所以採用差異中差異分析法,目的在於處理無法觀測到的因素。以『降低部分負擔對幼兒醫療利用的影響』為例(韓幸紋與連賢明,2008),文中以台北市4-6歲幼兒為對象,分析降低部分負擔對其醫療利用的影響。假若僅分析幼兒在計畫實施前後的醫療利用變化,將可能因難以控制的環境因子而產生偏誤。比方說計畫實施後腸病毒與感冒大流行,必使政策效果受到高估,而得到錯誤的結論。為避免謬誤,該研究以北市4-6歲幼兒為實驗組,北縣同年齡的幼兒為對照組,以差異中差異分析法的方式評估政策效果,以排除環境因子所造成的偏誤。

此外,對照組的選擇,必須與實驗組之間互相獨立,且特性相近。首先,政策須為外生,且在實施後不影響彼此間的獨立性。醫療需求者較容易有這樣的問

² 之所以選擇 2003 至 2004 兩年做為實驗組,乃因這兩個年度的優惠制度完全相同。在其他不同年度中,優惠制度皆可能存有差異。

題。有時候優惠政策的實施,將使未得到優惠的居民搬遷戶口、續留原居住地以求享有優惠。這類直接影響醫療利用的行為,將造成樣本選擇的錯誤。由於本研究的目標政策為增加基層醫療院所的介入,以提升偏遠地區民眾的醫療可近性。我們可以知道對基礎醫療的需求,民眾少有跨區就診的情形,且於計畫涵蓋區域的執業診所看病並未享有特別優惠,因此可以排除資源使用者非計畫涵蓋地區居住者的可能,獨立性問題得以解決。另外,特性相近的要求在本研究的實驗組及控制組亦相符合。在選取計畫下的執業診所及該診所所涵蓋的市場範圍居民為實驗組後,本研究選取未被計畫涵蓋但屬同一鄉鎮的診所及居民做為對照組,以使實驗、對照兩組間的特性相近。詳細作法將述於下一章節。

差異中差異分析法的應用,首見於 Ashenfelter and Card (1985) 研究參與職業訓練計畫對參與者所得的影響。該文利用 DID 的方式,以未參與者為對照組、參與者為實驗組,在控制其他環境因子之下,得知職業訓練計畫所帶來的效果。此後,DID 便常被用在政策效果之評估的相關研究之上,包括 Wooldridge (2006)探討男女工資的差異是否隨時間而縮小、韓幸紋與連賢明 (2008) 分析降低部分負擔對醫療利用的影響等等。

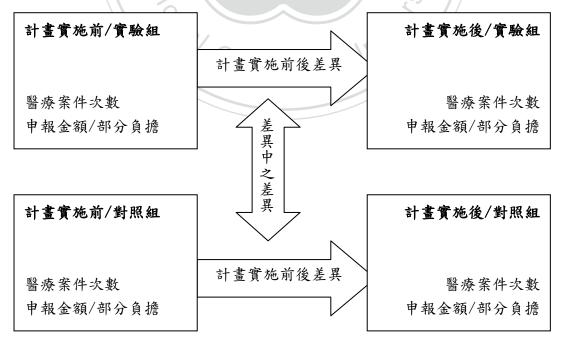


圖 2: 差異中差異分析法示意圖

第二節 實證模型

本研究的分析對象有二,其一為醫療服務供給者,其二為醫療服務需求者。 根據整理後所得到的資料,以計畫實施年度(2002)為基準,比較各項指標在計 畫實施前後(2000至2001與2003至2004)的消長情況。以醫療服務供給者而 言,將分析診所的案件次數及申報金額的變動;而對於醫療服務需求者,則是分 析居民的醫療利用次數、申報總金額及部分負擔金額的變動。

實證模型的型態只有一種,如式(1)。但隨著探討對象的及變數的不同,最後將有數條方程式進行分析。

$$Y^{i} = \alpha^{i} + \beta_{1}^{i} \cdot t + \beta_{2}^{i} \cdot T + \beta_{12}^{i} \cdot tT + \epsilon^{i}$$
 (1)

Yi : 被解釋變數,包含就診次數、申報金額及部分負擔金額等等。

t : 計畫實施前後。t=1,2003、2004;t=0,2000、2001。

T : 計畫涵蓋與否。T=1,計畫涵蓋者;T=0,非計劃涵蓋者。

t*T : 交叉項。

計畫涵蓋者與非計畫涵蓋者,在計畫實施前後差異之差異。

⋮ 隨機誤差項,包含無法觀察的其他因素。

第三節 變數說明

一、被解釋變數

醫療服務供給者:每月每診所診療次數、申報金額

為了解計畫實施後,診所至該偏遠地區執業的收入變化,本文選定次數及金額做探討。執業診所至偏遠地區開業,最直接的衝擊便是其所面對的整體醫療市場萎縮,同時由於該地區的醫療供給者屬於少數,所以同業競爭亦不如過去激烈。在需求面萎縮、占有率擴增的雙重改變下,個別診所面對的醫療市場有何改變,難有定論。本文擬分析各月份的診所醫療案件次數,以了解診所至該地開業所瓜分到的市場究竟為何?事實上健保局的預估認為診所至該地開業所能占有的市場較過去減少,才會給予執業診所在診察費用上的補貼以彌補損失。但結果是否如此,本文將做更精準的確認。此外,為了解參加計畫的診所在犧牲整體市場與個人方便後到偏遠地區執業的報酬是否能與損失相當,本文亦針對各月份的診所申報金額做分析,了解診所是否得到適切的回報。

醫療服務需求者:每人每月就診次數、申報總金額及部分負擔金額

為了解計畫實施後的醫療可近性及衛生保健是否改善,本文分析各月份的居 民醫療利用次數及申報金額來檢視之。醫療利用次數與民眾的醫療資源可近性有 極高的相關;而在醫療利用次數不變的情況下,申報金額的多寡則可粗略判定病 患的健康情形,越高的醫療利用金額,隱含較嚴重的病況。準此,醫療需求者的 部分亦以次數及金額檢視之。

二、解釋變數:計畫實施前後、參加計畫與否、計畫實施前後*參加計畫與否

本研究的主要解釋變數有三。其一為計畫實施前後,了解從 2000 年至 2001 年到 2003 年至 2004 年,實驗組與對照組的被解釋變數因時間而產生的變動。其 二為參加計畫與否,對被解釋變數產生的變動。最後,最重要的在於前兩者的交 叉項,分別得出實驗組及對照組在計畫實施前後之差異,再取兩者差異之差異 值,以排除無法控制的環境因子,得到政策實施後對偏遠地區的真實影響。

第四章 研究資料

第一節 資料來源

全民健康保險資料庫,為中央健保局委託國家衛生研究院,依據醫療機構向 健保局申報的資料,在不洩漏隱私的前提下所發行的資料庫。健保資料庫自 2000 年開始發行,涵蓋健保體制下的所有被保險人。幾乎包括台灣的所有人口、所有 健保就醫資料外,尚可連結至病患、醫生及醫療院所的基本特性,不論就規模或 是精細程度而言,健保資料庫的品質都相當不錯。

欲透過健保資料庫瞭解獎勵計畫的效果,首先須要確定參加獎勵計畫的院所;其次,須得知這些院所的所在鄉鎮,並將同一鄉鎮卻沒參加獎勵計畫者做為對照組,以排除其他無法觀測的因素干擾、釐清獎勵計畫的政策效果。本研究先利用 CD 檔找出計畫下的案件,搭配 HOSB 檔以辨別出醫療院所之所在位置,最後再連結至 CT 檔與 CD 檔,以得到醫療服務供給者及需求者的詳細資訊。

為了比較『西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫』實施前後兩年的醫療利用情形變化,資料使用年份為2000至2001年與2003至2004年。

表 2: 本研究採用之檔案及可獲取變數

中文檔名	英文檔名	擷取變數
門診處方及治療明細檔	CD	門診次數、醫院、特定項目治療代號、
(承保抽樣歸人檔)		案件分類、合計金額、部分負擔金額
醫事機構基本資料檔	HOSB	醫院權屬別、縣市區碼
(總檔)		
門診費用申請總表主檔	СТ	西醫一般案件次數及金額、
(總檔)		西醫專案案件次數及金額

第二節 資料處理

本文採取下列步驟,以獲得研究所需之資料。第一,使用 2000 年和 2005 年的百萬歸人檔。這兩個百萬人歸人檔合計約占台灣 10%的人口,具有相當代表 性。透過這兩百萬人的門診申報檔中所記載的「案件分類」及「特定項目治療代 號」³,可認定該門診案件是否獲得資源缺乏地區鼓勵加成,以間接推論該院所 是否參加獎勵計畫。選取的結果,顯示參加計畫的院所全為私人診所及衛生所。 由於本研究所探討的是獎勵計畫在帶給私人診所經濟誘因後,對偏遠地區醫療市 場的衝擊。因此僅保留私人診所做接續的探討。

		2002	2003	2004	2005	Total
案件分類	94	20755	89226	93089	120062	323132
特定項目	G5	- 0	0	3111	17684	20795
治療代號	G6	Z 0	1069	2220	3807	7096
	G7	0	62604	87900	98563	249067

表 3: 案件分類及特定項目治療代號之案件次數表

表3所呈現的即為「案件分類」及「特定項目治療代號」的歷年案件次數。「案件分類」可以確認所屬案件是否獲得資源缺乏地區的鼓勵加成,而「特定項目治療代號」則能更精確得知該院所屬於新開業診所、已開業診所或是巡迴醫療案件。然而,健保資料係根據院所的申報資料所製成,計畫初期的記錄規劃不完善或人為的缺失,都可能造成資料的誤差。例如「特定項目治療代號」自 2003年才開始記錄,其中的巡迴醫療案件更是自 2004年起才有;加上人為的記錄缺失,使得表3所呈現的「案件分類」及「特定項目治療代號」的案件總數不全一

17

³透過案件分類,裡面記錄了西醫門診中實施資源缺乏地區鼓勵加成之案件,代碼為 94; 而透過特定項目治療代碼, 裡面則記錄了醫療資源缺乏地區服務獎勵方案的模式: G5 為巡迴醫療、G6 為新開業診所、G7 為已開業診所。

致。在本文的做法上,只要案件屬於兩者之一,即被納入考量。

第二,在選出獎勵計畫的門診案件之後,透過與醫事機構基本資料檔的串聯,取得參加獎勵計畫的鄉鎮。整理如表 4。

表 4:計畫實施鄉鎮4

台北分局	北區分局	中區分局	南區	分局	高屏分局	東區分局
宜蘭市	寶山鄉	台中西區	斗六市	東山鄉	永安鄉	吉安鄉
壯圍鄉	公館鄉	台中北區	斗南鎮	官田鄉	車城鄉	台東市
冬山鄉	西湖鄉	外埔鄉	虎尾鎮	大內鄉	滿洲鄉	成功鎮
五結鄉	三灣鄉	大安鄉	土庫鎮	七股鄉		卑南鄉
		員林鎮	古坑鄉	安定鄉		鹿野鄉
		福興鄉	大埤鄉	南化鄉		
		秀水鄉	二崙鄉	左鎮鄉	.700	
		大村鄉	崙背鄉			
		埔鹽鄉	東勢鄉			
		社頭鄉	褒忠鄉			
	1	田尾鄉	台西鄉			
	(0)	芳苑鄉	元長鄉	i Unive	5	
		大城鄉	四湖鄉		5 //	
		溪州鄉	口湖鄉	- iv		
		南投市	水林鄉	i Ulli		
		中寮鄉	朴子鎮	`		
		魚池鄉	布袋鎮			
		國姓鄉	新港鄉			
		水里鄉	六腳鄉			
			東石鄉			
			鹿草鄉			
			水上鄉			
			白河鎮			
			柳營鄉			
-						

⁴ 2002 至 2004 年期間的條件為每鄉鎮每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 4000 人並處於偏遠不便地區,且未實施『IDS』之鄉鎮;此處表列之鄉鎮,不含參與計畫之衛生所的鄉鎮。

表 4 可看出本計畫的實施重點區域為中、南區分局。此乃由於台灣的市中心即位處台北及高屏兩分局,兩地區都市化程度較高,伴隨著相對豐富的醫療資源,致使醫療資源缺乏的鄉鎮相對較少;而東區分局所在地屬於山地離島地區,多被 IDS 計畫所涵蓋,故被獎勵計畫所涵蓋的鄉鎮亦相對較少。

第三,以上述鄉鎮做為分析的樣本,根據分析對象不同,分別串連至不同的檔案。並且將參加計畫的群體設為實驗組,未參加計畫者則設為對照組。醫療服務供給者的部分,將串聯「門診費用申請總表主檔」,以獲取西醫一般案件次數、西醫一般案件申報金額、西醫專案案件次數、西醫專案案件申報金額等變數。為方便分析,將西醫一般案件次數及西醫專案案件中報金額合併為新變數-案件次數;將西醫一般案件申報金額及西醫專案案件申報金額合併為新變數-申報金額。藉以分析醫療院所的案件次數及申報金額之變動。醫療服務需求者的部分,將串聯「門診處方及治療明細檔」的2000年及2005年的百萬歸人檔,以獲取病患代碼、案件次數、合計金額及部分負擔金額等變數。藉以分析民眾就診次數、耗用總金額及負擔金額之變動。

各步驟的資料處理及串連,以流程圖的方式在圖3及圖4中呈現。

Chengchi Unive

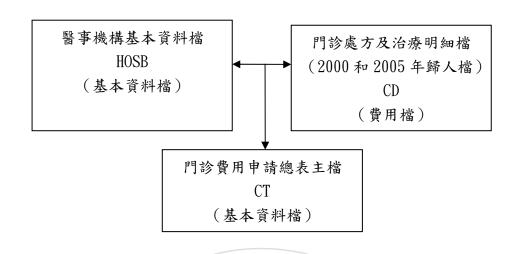


圖 3:醫療服務供給者 串檔流程

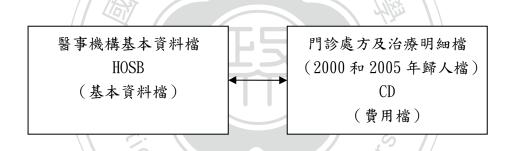


圖 4:醫療服務需求者 串檔流程

Chengchi

第五章 實證結果

此處將利用上一章節所整理的資料,呈現出敘述統計並描述之,再利用差異中之差異分析法進行回歸估計。本章節的第一節及第二節,為醫療服務供給者的 敘述統計及估計結果;需求者的部分則在第三節及第四節中。

第一節 醫療服務供給者-敘述統計

首先討論醫療服務供給者,比較基準為私人診所,故對照組亦僅採用同一鄉 鎮內未參加計畫的私人診所。表六為計畫地區的私人診所的營運狀況基本資料。 令人驚訝地,不論從平均每月的診療次數或是平均每月的申報金額來看,實驗組 的數據皆明顯高於對照組。

表 5:計畫地區診所敘述統計

				+
	每月平均:	診療次數	每月平均「	申報金額
	(單位:	次數)	(單位:	點值)
	實驗組	對照組	實驗組	對照組
2000	2122	1693	642224	527005
2001	2040	1627	634108	522935
	791		Wind /	
2003	1864	1605	595446	541737
2004	1973	1701 C	626243	589009

這表示在同個鄉鎮內,診所在計畫涵蓋地區所取得的看診次數不一定小於非計畫涵蓋地區。在供給面,個別醫院面對的市場大小由整體市場大小及同業的競爭者數目所決定。即使偏遠地區的整體市場相對較小,但在同業競爭者亦相對減少的情況下,個別醫院所瓜分到的顧客群不一定會少於都市地區。而在需求面,偏遠地區的民眾通常較都市地區有更高的醫療需求,原因來自較具危險性的勞力性質工作或是較差的醫療保健習慣。至於申報金額的部分,診所在計畫涵蓋地區的申報金額往往高於非計畫涵蓋區域者,背後的原因可能有二。其一是計畫涵蓋

地區的民眾有較高的醫療需求,其二是計畫涵蓋地區的開業診所成本較高,兩種 可能都會造成實驗組地區的申報金額較高。由於診所的營運成本無法得知,吾人 難以做出更精確的推論。



第二節 醫療服務供給者-估計結果

在醫療服務供給者的研究中,是探討在計畫的經濟補貼下⁵,吸引私人診所前往該地執業後,對該診所的收入影響為何。以計畫實施的鄉鎮為範圍,再以參加計畫的私人診所為實驗組、未參加計畫的診所為對照組,使用差異中差異分析法,分析計畫實施前後,實驗組的各項指標相對於對照組的變動情形。

估計結果如表 6。整體觀之,我們所關注的兩個被解釋變數的交叉項皆達顯著水準。計畫實施後,全台的實驗組相對對照組,每月診療次數較過去約減少 153次,參加計畫後的私人診所其每月的診療次數相對降低;每月申報金額約減少六萬七千點,實驗組診所的申報金額在參加計畫後也比對照組相對減少。這表示就大環境來說,健保局給予的經濟誘因在實際上並不足以彌補私人診所前往偏遠地區開業所招致的損失。

表 6:醫療供給者的估計結果 (參加計畫的私人診所

全台	每月診療次數	每月申報金額
土口		本 万 下 积 並 碩
交叉效果	-153.3074***	-67469.16***
(T*t)	(45.22328)	(14707.91)
政策時間	-6.875417	40606.27***
(t)	(15.86375)	(5159.349)
實驗組	419.4207***	113040***
(T)	(33.79269)	(10990.36)
常數項	1660.089***	524988.6***
	(11.27051)	(3665.494)
樣本數	386	525

^{*}表示P值在10%水準下顯著;**表示P值在5%水準下顯著;***表示P值在1%水準下顯著。

.

⁵ 參加計畫的診所可獲得診察費用加成的優惠。

第三節 醫療服務需求者-敘述統計

在醫療服務需求者部分,本文以曾在上述醫療服務供給者中的實驗組診所看病之病患做為實驗組居民,並將未曾於參加獎勵計畫之院所就醫的病患做為對照組居民。透過兩組病患的就醫狀況比較,企圖瞭解受到計畫涵蓋下的居民,其醫療利用是否改善。

表 7: 民眾就醫情況敘述統計

-	每人每月平:	 均就診次數	每人每月平均]申報總金額
	(單位:	次數)	(單位:	•
	實驗組	實驗組對照組		對照組
2000	2.24	政2.14 治	1011	1306
2001	2.16	2.09	1017	1353
2003	2.25	2.13	1140	1589
2004	2.32	2.17	1240	1674
	每人每	月平均	每人每	月平均
	部分負	擔金額	每就診次數部	7分負擔金額
	乙 (單位:	點值)	(單位:	點值)
	實驗組	對照組	實驗組	對照組
2000	142	149	63.4	69.6
2001	138	155	63.9	74.2
		nengch		
2003	133	161	59.1	75.6
2004	135	157	58.2	72.3

由表7可發現不論在計劃實施前後,實驗組民眾的就診次數往往高於對照組 地區。較多的就診次數顯示計畫實施地區民眾有較高的醫療需求,該結果也與過 去諸多文獻相互符合⁶。較低的申報總金額及部分負擔金額,吾人推論是計畫實 施地區的醫院層級相對較低的緣故。較高層級的醫院,總申報金額及部分負擔費 用往往較高;由於計畫實施地區可能相對偏遠、缺乏大型醫療院所,致使長期在

⁶ 過去許多文獻指出偏遠地區的民眾往往有較高的醫療服務需求。

私人診所看病的民眾,在金額上有較小的花費。同時這點也可以在較低的平均每次就診的部分負擔金額中得到驗證。



第四節 醫療服務需求者-估計結果

最後,在此將探討獎勵計畫對醫療服務需求者的影響。估計結果如表 8。

表 8:醫療需求者的估計結果 (計畫下單純為私人診所涵蓋區域)

全台	每月就診次數	每月申報總金額	每月部分負擔金額
交叉效果	0.0492328***	-127.0822***	-12.47371***
(T*t)	(0.0050888)	(11.96508)	(0.5414124)
政策時間	0.0366519***	303.8611***	6.390746***
(t)	(0.0017127)	(4.027084)	(0.1822231)
實驗組	0.0849977***	-314.6645***	-12.04987***
(T)	(0.0037397)	(8.792884)	(0.3978727)
常數項	2.117651***	1328.988***	152.1362***
\\	(0.0012176)	(2.862818)	(0.1295408)
樣本數	18	4413310	5

^{*}表示P值在10%水準下顯著;**表示P值在5%水準下顯著;***表示P值在1%水準下顯著。

由表 8 可發現計畫範圍內的居民,在計畫實施後的每月醫療利用次數顯著提升,每月申報總金額及每月部分負擔金額則顯著下降。就診次數為醫療可近性的重要指標,就診次數顯著增加,表示計畫實施地區民眾的醫療資源可近性隨之提昇。當然,該結果也能解釋為實驗組民眾的健康狀況惡化;只是在考慮醫療利用金額的顯著下降後,這樣的顧慮已可排除。至於申報總金額及部分負擔金額的下降,推論可能的原因有二。其一,私人診所進駐執業後,無論是透過定點執業或是巡迴醫療,皆能加強當地民眾的衛生保健觀念,使民眾增加對可預防疾病的重視、降低疾病的嚴重程度;其二,私人診所的增加使民眾對於醫療服務供給者有

更多選擇,相對提高的「基層醫院-高層醫院」比率,民眾的醫療支出應當降低。 從實際的數據來看,全台的實驗組相對對照組,每人每月就診次數較過去約減少 0.05 次;每人每月申報總金額則較過去約減少 127 點;每人每月部分負擔金額則 較過去減少約 12 點。



第五節 延伸討論

透過前面的分析,我們已經可以得知受到私人診所影響的病患之福利增減狀況。但是前述僅針對計畫實施後,委託私人診所介入醫療市場的影響,並未包含計畫的整體影響。由於獎勵計畫之實施,除了給予經濟誘因以期望基層西醫師前往執業,在資料中尚可發現衛生所也是計畫參與的成員之一。為瞭解整體計畫對全體的受惠民眾帶來的福利變動,此處將納入包含受惠於參加獎勵計畫的衛生所之民眾,分析整體醫療服務需求者的福利變動。此區域所包含的鄉鎮,整理如附表1。而該範圍內完整的醫療服務需求者的就醫基本特性,顯示如表9。

表9:民眾就醫情況敘述統計

	每人每月平:	均就診次數	每人每月平均	与申報總金額
	(單位:	次數)	(單位	:點值)
	實驗組	對照組	實驗組	對照組
2000	2.24	2.13	1025	1277
2001	2.16	2.08	1026	1320
	0			
2003	2.26	2.13	1179	1548
2004	2.34	2.17	1285	1631
	每人每	月平均	每人每	月平均
	部分負	擔金額	每就診次數部	邓分負擔金額
	(單位:	點值)	(單位	:點值)
	實驗組	對照組	實驗組	對照組
2000	144	147	64.3	69
2001	140	153	64.8	73.6
2003	139	157	61.5	73.7
2004	140	153	59.8	70.5

首先在就診次數中,實驗組的次數仍普遍高於對照組,計畫涵蓋地區民眾的醫療需求較高依然清晰可見。在申報總金額、部分負擔金額及每次就診的平均部分負擔費用中,亦與先前有相同結果。我們難以在此評斷獎勵計畫中衛生所所帶來的影響好壞,但是衛生所的存在,讓計畫涵蓋地區民眾在就醫時有了其他選擇,且通常至衛生所就診的花費金額相對較低。一旦增加到衛生所看病的次數,除了方便性提高,民眾的花費亦可隨之降低。

透過表 10,可發現估計結果的符號與前面相同。實驗組居民的每月就醫次數顯著提升,每月申報總金額及每月部分負擔金額則顯著下降。從實際的數據來看,計畫實施後,全台的實驗組民眾相對對照組,每月就診次數提高 0.06 次,比表 8 的結果略高,顯示考量衛生所之後,對醫療資源可近性有正面幫助;而每月申報總金額降低 84 點、每月部分負擔金額則降低 8 點,則相對表 8 的減少幅度小。

表 10:醫療需求者的福利變動 (計畫下所有涵蓋區域)

全台	每月就診次數	每月申報總金額	每月部分負擔金額
交叉效果	0.0620712***	-84.27042***	-7.904698***
(T*t)	(0.0044663)	(10.08293)	(0.4666568)
政策時間	0.0418391***	292.0759***	5.550739***
(t)	(0.001652)	(3.729568)	(0.1726113)
實驗組	0.0911503***	-272.4432***	-7.39207***
(T)	(0.0032807)	(7.406439)	(0.3427837)
常數項	2.106954***	1298.196***	149.6426***
	(0.0011732)	(2.648638)	(0.1225839)
樣本數		4865834	

^{*}表示P值在10%水準下顯著;**表示P值在5%水準下顯著;***表示P值在1%水準下顯著。

第六章 結論與建議

第一節 結論與建議

偏遠地區的醫療資源缺乏,是世界各國共同面對的課題。許多先進的國家更是將此納入國家社會安全的重要考量。台灣自健保開辦以來,即對國內偏遠地區的醫療情況改善不餘遺力,本研究透過全民健保資料庫,以 DID 的方式,分析自 2002 年『西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵措施試辦計畫』起的前後兩年,受計畫影響者的福利變動,以探討計畫實施之成效。

文中首先對受到該計畫的經濟誘因制度支持而前往執業的私人診所進行分析。以全台統合觀之,參加計畫後的私人診所每個月的診察數量及申報金額呈現顯著的下降趨勢。診察數量與申報金額的下降,代表了私人診所在參加計畫後反而遭受收入上的損失。

瞭解完私人診所介入後的經濟收入變動,接著轉往醫療服務的需求面,以受計畫下私人診所的市場涵蓋之居民的醫療利用情形做分析。整體觀之,偏遠居民每個月的就診次數顯著提升,申報總金額及部分負擔金額則顯著下降。計畫介入後,私人診所的涵蓋範圍內居民的就醫次數增加,有兩種可能,其一為醫療資源的可近性增加,其二為實驗組民眾的健康狀況惡化。搭配下降的醫療利用金額,第二中情況得以排除,吾人推論計畫實施後,受惠地區的民眾醫療可近性隨之提昇。此外,申報總金額及部分負擔金額的下降,代表實驗組民眾的醫療支出下降,有助於提升弱勢民眾的財富公平。能達到這樣的結果,可能是計畫實施後,實驗組民眾的衛生保健習慣提昇,或是私人診所的進駐提供廉價的醫療服務選擇,使醫療支出隨之下降。

當然,本研究的估計結果僅能得知總效果,仍有些計畫帶來的衝擊無法從估計結果中看出。例如獎勵計畫的案件能有診察費用加成,使得參加計畫後的申報總金額理應提升;然而這樣的變化無法從表8中得知。此外,雖然實驗組地區病患的就診次數增加,意味著計畫實施後的醫療資源可近性提昇。然而,我們不可

否認計畫的實施,對醫療服務供給者仍有反向的動力存在。其一,診察費用加成, 所得效果的產生就有可能使醫生減少服務提供之意願;其二,計畫實施地區多半 位處偏遠卻風光明媚,假若執業醫師持著退休或休閒的心態前往,則在缺乏積極 看診的誘因下,將導致計畫效果大打折扣。

為得到政策的全面影響,最後連同具有參與計畫的衛生院所之地區納入考量,探討計畫涵蓋下的所有民眾之福利增減。從估計結果來看,計入衛生所影響後的符號與表 8 相同,係數也相當接近。雖然從此處難以看出獎勵計畫下的衛生所有何貢獻,但是衛生所的存在,至少能讓周圍民眾在看病時多了一份選擇。

綜上所述,我們可以知道醫缺地區改善方案的實施,對私人診所提供的誘因並不足夠;但對當地居民的醫療利用有大幅的改善,獎勵計畫的重要性可見一斑。建議未來在處理醫療資源缺乏地區的相關問題時,面對醫療服務供給者,對於獎勵後的診察費用不增反減者應當給予更多的優惠措施,否則在政策的推廣上難以受到醫事人員的認同,同時對參加計畫者也難滿足應有的公平待遇;而對於醫療服務需求者,則能繼續以相同的模式處理,因為對醫療服務供給者的經濟誘因提供,確實對醫療市場的交易數量能有明顯改善。

此外,建議未來尚能加強在衛生所的醫事人力訓練及設備提升。一方面衛生 所的位置分布較為均勻,不會因市場區位的考量而過於集中或分散;二來是衛生 所的業務非以營利為考量,醫事人員的服務較不易因各種因素而改變服務的動 機。因此,對衛生所的投資,預期能得到穩定的回報。

第二節 研究限制與未來研究方向

本研究為了避免無法觀測到的環境因子影響到政策效果的衡量,因此使用差異中差異分析法,除了實驗組,尚額外選取對照組予以校正。然而,從健保資料庫既有的資訊中,我們僅能得到就醫診所的鄉鎮位置,無法更加精確地得掌握該鄉鎮內的特定區塊。對此,僅能假設計畫實施地區為極其偏僻的鄉鎮區塊,再選取同一鄉鎮但未有參加計畫之記錄的診所及民眾為相對鄰近的地區,並令其為對照組。無法精確掌握對照組及實驗組的基本地理特性成為本研究的一大限制。

此外,『西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵試辦計畫』 從 2002 年起陸續實施,各診所實施的期間先後不一,並非一致性地從 2002 年開始。因此,此處以在 2005 年以前曾經參與過計畫的診所及涵蓋地區為實驗組, 分析 2002 年前後兩年的福利變動。無法精確地找到一個實驗組所共同面對的計 畫實施起點,僅能以概略的方式涵蓋之,亦為本研究的限制。

而金額的準確性亦有其限制。健保資料庫所記錄的為申報金額,與健保局實際核可的金額有些微差距,但差距不多,影響不大。

最後,本文的衍伸研究部分,在此建議兩個方向。第一,本文的研究讓我們瞭解各項評估指標的變動情形。比方說參加計畫的診所其診療次數及申報總金額下降;計畫涵蓋居民的診療次數增加、申報總金額及部分負擔金額下降等等。然而,縱使我們知道這些指標的變動來自政策,卻難以更精確地得知背後的原因為何、以及是否有正反的力量拉鋸而造成這樣的結果。例如吾人相信參加計畫診所的診察次數及申報總金額相對過去下降,絕不能完全歸因於政府給予的經濟誘因不夠充分,背後可能存在其他的反向動力,如文中提及的所得效果或是較低的醫療服務供給意願。第二,獎勵計畫的實施,本研究認為對醫療服務需求者的利用情形有顯著改善。然而,對該地民眾的健康狀況是否也帶來相應的改善,僅能旁敲側擊,難以從資料上精確得知。相關細節都有待進一步的查證,並有待未來的研究者繼續探討與解答。

參考文獻

- 1. 朱澤民(2009),『2009全民健康保險簡介』,中央健康保險局。
- 2. 張桂慈、李燕鳴、蕭正光 (1998),全民健康保險實施後花蓮偏遠地區民眾醫療可近性之探討,慈濟醫學,10期,201-209。
- 3. 施仁興 (1995), <u>醫療利用行為之研究: 花蓮地區族群、城鄉及醫療資源差</u> 異比較,碩士論文,陽明大學公共衛生研究所。
- 4. 世界銀行數據庫, http://data.worldbank.org/topic/urban-development。
- 5. 主計處(2007),「國內遷徙調查統計結果綜合分析」。
- 6. 胡玉蕙、江東亮、鐘經樊(2001),台灣地區醫師不均度的探討,行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告(計畫編號: NSC89-2415-H-002-004-JB)。
- 7. 戴桂英 (2002), 山地離島地區健保整合醫療作業, 原住民社區 IDS 健保政 策相關問題專題演講。
- 8. 林正介等(2006),「山地離島及原住民地區醫療資源促進方案之模式建立與評估」,行政院衛生署九十五年度科技研究計畫(計畫編號: DOH94-TD-M-113-006)。
- 9. 西醫基層總額支付制度第一期基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵措施試辦 計畫,九十一年度。
- 10. 西醫基層總額支付制度基層醫師至醫療缺乏地區服務獎勵措施試辦計畫,九十二至九十四年度。
- 11. 『2007 年全民健康保險統計動向』,2007,中央健康保險局。
- 12. 蔡文正、龔佩珍、楊志良、李亞欣、林思甄 (2006), 偏遠地區民眾就醫可 近性及滿意度調查,台灣衛誌,25卷,5期。
- 13. 洪正芳、楊銘欽、黃子賢、虞善琦、楊錦坤、張彥輝 (1998), 醫療資源綜和評估指標之確立,中華衛誌, 17卷,6期,485-494。
- 14. 譚秀芬、曾泓富(2003),偏遠地區醫事人力解決方案之探討,醫務管理期刊,4卷,2期,26-36。
- 15. 林妍如、萬得和、魯學孟(2002),台灣版之整合性健康照護系統之研究: 從台灣醫院組織型態分析之,行政院國家科學委員會專題研究計畫(計畫編號:NSC91-2416-H-039-001-SSS)。
- 16. 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫,八十八年度。
- 17. 山地離島地區醫療服務促進方案,八十八年度。
- 18. 譚秀芬、曾泓富(2001),整合醫療服務經營模式(IDS)對偏遠地區醫療利用影響之比較研究-以阿里山鄉、大埔鄉、望安鄉、七美鄉為例,行政院衛生署八十八年下半及八十九年度委託研究計畫(計畫編號:DOH89-NH-021)。
- 19. 謝春福(2004),醫療給付效益提昇計劃前後馬祖地區民眾醫療利用與費用

- 之分析,碩士論文,台灣大學醫療機構管理研究所。
- 20. 施純全等(2004),實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討,行政院衛生署中醫藥委員會九十三年度研究計畫成果報告(計畫編號:CCMP93-RD-066)。
- 21. 洪素修 (2006),總額資源缺乏地區民眾利用牙醫改善方案之研究,碩士論文,台北醫學大學醫務管理學系。
- 22. 韓幸紋、連賢明(2008), <u>降低部分負擔對幼兒醫療利用的影響---以北市兒</u> 童補助計畫為例,經濟論文叢刊,36卷,4期,589-623。
- 23. Philip M. Lankford (1974), Physician Location Factors and Public Policy, *Economic Geography*, Vol. 50, No. 3, pp. 244-255.
- 24. Maria Hewitt (1989), Defining "Rural" Areas: Impact on Health Care Policy and Research. OTA's assessment of Rural Health Care.
- 25. Cynthia Conrad (1991), Review: Health Care in Rural America: The Congressional Perspective, *Public Administration Review*, Vol. 51, No. 5, pp. 461-465.
- 26. John Holahan, Jack Hadley, William Scanlon, Robert Lee, and James Bluck (1979), Paying for Physician Services Under Medicare and Medicaid. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Vol. 57, No. 2.
- 27. Conrad, D. A., & Dowling, W. L. (1990), Vertical integration in health services: Theory and managerial implications, *Health Care Management Review*, 15 (4), 9-22.
- 28. Cornad, D. A., & Shortell, S. M. (1996), Integrated health systems: Promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*, 13 (1),3-40.
- 29. Ashenfelter, Orley, and David Card (1985), Using the Longitudinal Structure of Earnings to Estimate the Effect of Training Programs. *Review of Economics and Statistics*, Vol. 67, No. 4, pp. 648–660.
- 30. Wooldridge Jeffrey M. (2006), Introductory econometrics a modern approach, *South-Western, Thomson*.

附表

附表1:計畫實施鄉鎮

(計畫下所有涵蓋區域)

台北分局	北區分局	中區分局	南區分局		高屏分局	東區分局
坪林鄉	新埔鎮	台中市西區	斗六市	東山鄉	岡山鎮	吉安鄉
八里鄉	横山鄉	台中市北區	斗南鎮	官田鄉	田寮鄉	壽豐鄉
宜蘭市	芎林鄉	外埔鄉	虎尾鎮	大內鄉	永安鄉	瑞穗鄉
壯圍鄉	寶山鄉	大安鄉	土庫鎮	七股鄉	內門鄉	富里鄉
冬山鄉	峨眉鄉	員林鎮	古坑鄉	安定鄉	新園鄉	台東市
五結鄉	公館鄉	福興鄉	大埤鄉	南化鄉	崁頂鄉	成功鎮
	西湖鄉	秀水鄉	二崙鄉	左鎮鄉	車城鄉	卑南鄉
	三灣鄉	大村鄉	崙背鄉	龍崎鄉	滿州鄉	鹿野鄉
	獅潭鄉	埔鹽鄉	麥寮鄉		TEX //	
		社頭鄉	東勢鄉		4/200	
		田尾鄉	褒忠鄉			
	-	芳苑鄉	台西鄉			
		大城鄉	元長鄉			
	1 6	竹塘鄉	四湖鄉		5	
		溪州鄉	口湖鄉		5	
		南投市	水林鄉	10		
		名間鄉	朴子鎮	Unive		
		鹿谷鄉	布袋鎮			
		中寮鄉	新港鄉			
		魚池鄉	六腳鄉			
		國姓鄉	東石鄉			
		水里鄉	義竹鄉			
			鹿草鄉			
			水上鄉			
			番路鄉			
			白河鎮			
			柳營鄉			