

編號：CCMP96-RD-012

台灣 1995-2006 中醫政策與中醫總額制度的回顧與前瞻性規劃：中醫總額與家庭醫師在制度面與財務面的整合

李卓倫

中國醫藥大學

摘要

本研究的主旨有三。第一為針對台灣 1995-2006 中醫政策中管理制度化與標準化的政策內容進行回顧式的描述；第二為針對台灣 1995-2006 中醫政策中與健保總額相關的政策內容進行回顧；第三為討論中醫醫療與基層醫療體系在供給面、需求面與財務面的整合。本報告的章節安排，第一章為緒論，第二章為針對中醫的整體發展與整體政策內容作描述，第三章針對中醫總額的運作進行描述，第四章針對未來中醫醫療與家庭醫師制度的接軌預作規劃。

針對中醫管理制度化與標準化的政策內容，本研究建議持續提供民眾資訊與提升基礎知識，因為成功的整合取決於大眾對傳統醫學的知識，以及傳統醫學資訊的可近性；此外本研究也建議執行整合性的全國藥物政策，例如基礎藥物政策和藥典應將傳統醫學包含於全國的基礎處方，將可大大改善中醫與西醫的可近性和降低費用。本研究也建議進行進一步的理論研究與政策研究內容。

針對中醫健保總額相關的政策內容，本研究具體陳述中醫總額的運作深受整體醫療費用總額制度設計影響的狀況，中醫師資源的地理分佈不均造成地區總額分配上的政治問題，中醫總額的協商與執行過程牽涉到行政部門與中醫師公會之間集體的努力過程，本研究也注意到中醫總額在協商過程之中，中醫師公會能夠以品質提升或專款專用計畫來談判總額，讓總額可以順利增加的談判項目或談判籌碼並不多，例如中醫醫療在服務提供上的創新項目相當有限，其他主要計畫內容為臨床試驗卻以中醫總額專款計畫作為財源的計畫也並不適當。此外本研究建議中醫藥委員會可以在中醫總額的協商與執行過程中扮演更積極的角色。

針對中醫總額與家庭醫師在制度面與財務面的整合，本研究提出四階段七步驟的家庭醫師制度改革進程，並探討中醫醫療在各階段的整合議題。本研究的問卷調查顯示，中醫醫療納入家庭醫師制度運作的總體社會效益為約為 14 億元，是未來政策上推動制度時可以考慮承擔的社會成本上限。

關鍵詞：中醫政策、中醫總額制度、醫療體系

A Review and Prospective Plan for Traditional Medicine Policy in Taiwan

JwoLeun, Lee

China Medical University

ABSTRACT

There are three objectives in this study. The first is to describe the history of standardization and institutionalization of traditional Chinese medicine in Taiwan from 1995 to 2006. The second is to review the implementation of national cap of health care expenditure of traditional Chinese medicine in Taiwan from 1995 to 2006. The third is to develop a plan for integrating traditional medicine and modern health care in the primary health care sector in regarding to the perspectives of demand, supply, and finance.

For the first objective, this study suggests to integrate traditional medicine and modern health care by promoting the knowledge of traditional medicine in the general public, and to implementing the Essential Drug Policy which integrating traditional medicine as one of the contents of the policy. For the second objective, this study suggests the government to involve more deeply into the negotiation and implementation process of the national cap of health care of traditional medicine, to propose more innovations about the delivery of traditional medicine in various areas, to pay more attentions to the geographic distribution of the manpower of traditional medicine, and its impacts on the distribution of health care expenditure of traditional medicine. For the third objective, this study proposes a plan of time frame with three stages and seven steps for fully implementation, also with deep discussions about how to integrate traditional medicine into the whole process. It is estimated by this study that the social benefit of integrating traditional medicine into the primary health care network would be NT\$ 1,400 millions.

Keywords: Traditional medicine policy, National cap for traditional medicine, Health care system

第一章

壹、前言

第一章將區分前言、材料與方法、中醫人力政策演變及體系現況、中醫醫療體系研究摘要四個節分別陳述。其中前言部分主要為研究背景與目的，材料與方法在本章中僅敘述研究方法摘要，詳細的研究方法在各章中將有陳述。

一、前言

本節將區分研究目的與研究背景與重要性兩個小節分別陳述。

(一)研究目的

本研究的主旨為針對台灣全民健保實施之後至今(1995-2006)的中醫相關政策內容進行回顧與前瞻性規劃。時間點 1995-2006 的選擇，主要基於全民健保實施之前有關中醫政策本土研究面的回顧已經由本計畫主持人與團隊完成(李卓倫等 1994)，而政策面的回顧也已經由本研究協同主持人與團隊完成，包括制度面(Chi 1994)、供給面(Chi et al 1996)、與需求面(Chi et al 1997)。前述研究均已於國內外期刊發表，但距今已接近十年時間。

本研究主旨回顧的部分有兩項，其主要目的在接續前述成果，繼續對國際社會介紹台灣近十年來的中醫政策。研究主旨前瞻性規劃部份有一項，主要在讓中醫醫療能在下一階段針對基層醫療體系的改革中，成為基層醫療主流體系中的一環。本研究的主旨因此分別為：

第一，針對台灣 1995-2006 中醫政策中管理制度化與標準化的政策內容進行回顧式的描述。這一部分由於比較與健保制度的設計無關，因此是衛生署中醫藥委員會過去 10 年來主要的政策規劃與研究發展重點，值得透過本研究進行系統性的描述。這部分研究內容預計由研究團隊三位同仁及一位政府主要官員共同具名發表於國際重要期刊。

第二，針對台灣 1995-2006 中醫政策中與健保總額相關的政策內容進行回顧。回顧的第一部分針對中醫門診總額的執行成果，包括門診申請醫療費用、門診件數、門診申請每件費用等進行分析，這部份的資料會同時呈現中醫總額在歷年的變化情形，例如申報件數是否逐年減少，以及因此所帶動的點值變化情形。回顧的第二部份牽涉到伴隨中醫總額所附加的專案執行狀況，例如品質提升方案、標準作業流程方案、鼓勵中醫師至偏遠地區執業或巡迴醫療方案等等，本研究將一併陳述並評估這些方案的執

行成效。回顧的第三部份將針對中醫門診總額的其他相關議題進行討論，例如中醫總額在不同地理區域之間的配置問題、以及因為地理配置所引發的人力分布問題、中醫總額設定之後中醫師人力的調控，尤其是特考政策對人力限制的落實等等。

第三，中醫醫療與基層醫療體系的整合會有三個層面必須深入探討，本研究將適度討論並提出規劃建議，這三個層面分別為：第一，中西醫診所如何在供給面進行轉診與組織整合？第二，中西醫診所如何在需求面按照民眾健康需要進行有效率的整合？第三，中西醫診所如何在財務面進行整合？尤其是如何在保有中醫總額的前提下，讓加入醫療群的中醫診所同享論人計酬財務的優勢？這三個層面的議題將作為本研究的主要討論重點。

(二) 研究背景及其重要性

全民健保實施之前有關中醫政策本土研究面的回顧已經由本計畫主持人與團隊完成(李卓倫等 1994)，而政策面的回顧也已經由本研究協同主持人與團隊完成，包括制度面(Chi 1994)、供給面(Chi et al 1996)、與需求面(Chi et al 1997)。前述研究均已於國內外期刊發表，但距今已接近十年時間。本研究主旨回顧的部分有兩項，其主要目的在接續前述成果，繼續對國際社會介紹台灣近十年來的中醫政策。研究主旨前瞻規劃部份有一項，主要在讓中醫醫療能在下一階段針對基層醫療體系的改革中，成為基層醫療主流體系中的一環。

對於中醫醫療如何與基層醫療改革整合的議題，台灣與其他工業化國家一樣均面臨嚴重的醫療費用上漲問題，設定國家醫療費用總額可以短時間解決此一問題，但恐非長久之計，率先實施總額制度的德國與加拿大即面臨人民與醫療供給者對醫療體系滿意度的下降問題。依據 1989 年與 1994 年實際的調查，德國人民的滿意度由 41% 降為 30%，加拿大人民的滿意度由 56% 降為 29% (Blendon et al 1990, 1991, 1995)，而其可能的原因就是這兩個國家均進行比較強烈的醫療費用控制措施(McPake et al 2002)。

德國在 1975 至 1977 年期間開始自願式的門診預算控制制度，由各別的疾病基金與醫師團體自行協商設定總額。1977 年德國通過健康保險費用控制法案實施單一支付點數表(Henke, Murray, Ade, 1994)，透過相對基準值的調整來降低過度利用的醫療項目，或鼓勵低度利用的醫療項目，並透過相對基準值的調整來對新的醫療科技提供誘因 (Busse & Howorth 1999)。德國由 1977 年起在門診部分搭配單一支付點數表實施自願式的總額預

算，其結果是將門診醫療費用在 20 年之間控制在國內生產毛額 (GDP) 的 1.2% 左右 (Schwartz & Busse, 1996)。1988 年德國通過健康服務改革法案並於 1989 年實施，使得自從 1975 年起所實施的自願式總額預算變成強制式總額預算，雖然預算總額仍然是由疾病基金與醫師團體之間協商而訂定，但協商的動作本身確是強制性的，而其最大的優點即是穩定健保費率。

上述門診總額實施的結果，門診服務的總量仍呈現相當程度的增加。門診服務在 1988 至 1992 的四年之間增加 32%，在 1992 至 1995 的三年之間增加 26%，而在相同期間醫師數量的增加只能解釋不到一半的門診服務量的增加，另外一半最可能的解釋則為賽局理論中的「囚犯的兩難」。亦即無論其他醫師的行為是什麼，各別醫師的行為決策就是透過擴大服務量來增加本身在總額之中的佔率。這樣做雖然符合各別行為的理性，但卻不符合集體行為的理性，因為在集體理性中每位醫師應該控制其各別的服務量，以保障單位服務量所支付的收益價格。德國在 1992 至 1995 年之間的單位門診服務價格下降 10%，而相同期間每位醫師服務量的增加剛好略低於 10%，造成每醫師的收入減少 1%，這種現象當然造成診所醫師的不滿 (Busse & Howorth 1999)。

由於醫療費用上漲的同時通常也一併伴隨健保費調整的困難，這一點台灣與其他國家均面臨類似的問題 (Roberts et al 2004)；另一方面台灣原本寄望國家醫療費用總額預算的實施，能夠提供足夠的誘因來抑制醫療費用的上漲趨勢，但是國家總額搭配論量計酬的結果，提供充分的誘因鼓勵醫療院所基於個別理性而非集體理性來相互背叛，造成點數持續增加點值下滑的結果。可見問題極可能在於制度設計本身的缺失，而在總額執行層次的瑕疵。部分研究 (李卓倫 2004) 因此建議以家庭醫師制度中的專科醫療守門員功能，作為控制醫療費用的長期策略，而非現行的以總額預算搭配論量計酬作為長期策略。這樣建議的原因，在於期望透過家庭醫師的守門員功能，來增加基層醫療服務，並降低專科服務中的手術率和住院率，這也是部份學者在評估日本醫療體系可以維持較低醫療費用時，所認可的可能原因之一 (Hsiao 1996)。

另一方面，醫療費用的主要組成為數量與單價，如果門診醫療費用或總點數上漲的主因在於單價的上升，則應該考慮比論量計酬更具誘因的支付基準來抑制醫療費用。1997 至 2003 年台灣門診醫療費用總點數上漲的年成長率為 6.2%，其中有 1.2% 來自

門診件數或所謂「數量」的增加，但有 5.0%來自每件申請費用或所謂「單價」的增加。論人計酬由於可以提供充分的誘因來降低門診的單價，因此對社會總醫療門診成本的控制將具有實質上的作用。基層醫療體系或家庭醫師制度的建立，不僅與分級醫療有密切關係，它同時也是國家控制總體醫療費用政策中不可或缺的長期策略。

貳、材料與方法

基於本研究的第一個目的(針對台灣 1995-2006 中醫政策中管理制度化與標準化的政策內容進行回顧式的描述)，這一部分由於比較與健保制度的設計無關，因此是衛生署中醫藥委員會過去 10 年來主要的政策規劃與研究發展重點，值得透過本研究進行系統性的描述。這部分研究內容預計由研究團隊三位同仁及一位政府主要官員共同具名發表於國際重要期刊。此一部分目標明確，就是向國際社會介紹台灣過去十年來的政策成就與所面臨的課題。

這部份的撰寫方式，將由專任助理及計畫主持人，親自面訪衛生署中醫藥政策擬定與執行過程之代表性人物數人，面訪過程錄音，以錄音內容做為論文架構的主要依據，但以與錄音內容相關之書面資料或統計資料作為論文內容的主要引用依據。主題與架構將先與中醫藥委員會及衛生署健保小組確認。計畫內容倘涉及中醫藥委員會政策面或引用中醫藥委員會出版品內容，將引用為參考資料。依據上述資料，由專任助理與主持人先行撰寫中文報告，再由協同主持人修正並同時撰寫英文期刊論文，並於計劃期限結束之前完成投稿動作。

本研究的第二個目的為針對台灣 1995-2006 中醫政策中與健保總額相關的政策內容進行回顧，這部分研究內容預計由研究團隊三位同仁及一位政府主要官員共同具名發表於國際重要期刊。此部份的論文由於牽涉到中醫健保總額的分析，以及中醫總額在不同地區之間的分配議題，因此可以考慮與前述議題切割單獨討論，或僅將此部分的分析，增列一部分作為上述第一個目的的補充資料內容，但仍維持第二個研究目的的獨立性。

回顧的第一部分針對中醫門診總額的執行成果，包括門診申請醫療費用、門診件數、門診申請每件費用等進行分析，這部份的資料會同時呈現中醫總額在歷年的變化情形，例如申報件數是否逐年減少，以及因此所帶動的點值變化情形。

回顧的第二部份牽涉到伴隨中醫總額所附加的專案執行狀況，例如品質提升方案、標準作業流程方案、鼓勵中醫師至偏遠地區執業或巡迴醫療方案等等，本研究將一併陳述並評估這些方案的執行成效。

回顧的第三部份將針對中醫門診總額的其他相關議題進行討論，例如中醫總額在不同地理區域之間的配置問題、以及因為地理配置所引發的人力分布問題、中醫總額設定之後中醫師人力的調控，尤其是特考政策對人力限制的落實等等。

針對第二個研究目的研究方式，以收集與分析健保中醫總額、收集和評估伴隨中醫總額所附加的專案執行狀況、以及收集和分析其他政府統計

資料為主軸，輔以專家會議、深度訪談、以及一部分的問卷調查。其中專家會議與深度訪談的目的在於發現問題，而收集與分析健保中醫總額和其他政府統計資料的目的在於呈現問題的現狀，然後透過上述分析和問卷調查提出未來可能的政策建議。至於總額分析的導向與層級，以及問卷調查的內容，均視問題界定的結果來加以決定，不過問卷調查在第二個研究目的中並非研究重點項目。

第三個研究目的為中醫總額與基層醫療體系的整合規劃。為了使基層醫療更具有效率與公平性，近年來歐洲國家對基層醫師的管理內容主要有以下五項 (Groenewegen et al 2002, Starfield 1996, Boerma and Fleming 1998)：1. 鼓勵基層醫師赴低度服務地區：增進基層醫師與設施在地理分布上的公平性；2. 病患登記家庭醫師後每位家庭醫師的病患登記名單：鼓勵基層醫師針對特定登記人口群的健康負起責任；3. 以論人計酬作為基層醫師服務的支付單位：鼓勵基層醫師提供更具有成本效果(cost-effective)的資源管理和更具連續性的服務內容；4. 守門人角色：守門人的定義為必須經過基層醫師的轉診病人才能接受專科醫師服務，此舉可以鼓勵提供更是當的專科服務，並避免不必要的專科服務；5. 建立同儕專業審查機制：針對基層醫療品質進行有效的外部監控和內部監控(monitoring)。對於上述的五個組成，不同國家介入的方向與介入的角度均有不同，此種差異主要來自各國之間不同的文化、歷史、和經濟狀況，尤其主要歐洲國家在登記病患名單、論人計酬、和守門人角色三個組成上所採用的策略均有不同。

當基層醫療體系依據上述方向進行改革時，對中醫醫療體系短期內最大的衝擊，可能來自政府為了鼓勵民眾至基層醫療就醫所釋出的誘因，例如減免部分負擔等等，此舉的主要正面效果是吸引並患至基層診所就醫，主要負面效果極可能是吸引中醫診所病患轉而至西醫診所就醫。因此中醫醫療有必要與此一基層醫療制度整合，未來牙醫醫療體系也存在類似的問題，但急迫性略低於中醫醫療體系。比較理想的作法之一，是讓中醫加入基層醫療論人計酬的醫療群之中，但可以維持原本的中醫費用總額，讓中醫醫療成為主流政策制度中的一環，而基層醫療群也可以因為中醫診所的加入增加醫療群的特色。

但是中醫醫療與基層醫療體系的整合會有三個層面必須深入探討，本研究將適度討論並提出初步建議，這三個層面分別為：第一，中西醫診所如何在供給面進行轉診與組織整合？第二，中西醫診所如何在需求面按照民眾健康需要進行有效率的整合？第三，中西醫診所如何在財務面進行整合？尤其是如何在保有中醫總額的前提下，讓加入醫療群的中醫診所同享論人計酬財務的優勢？這三個層面的議題將作為本研究的主要討論重點。

針對上述三個整合層面，本研究擬以專家座談和問卷調查一併進行，

問卷調查的對象為一般民眾，主要探討需求面整合議題與透過最高付費意願計算社會效益，總共預計完成 400 份問卷。至於專家會議的目的主要在探討財務面整合的議題，將由研究小組先行提出可能的數個議案，再交由個別的專家訪談加以討論。

在一般民眾問卷的需求面整合上，將詢問一般民眾對中醫醫療的門診需求，對由家庭醫師轉診中醫門診的需求，對參加家庭醫師醫療群的付費意願，對中醫醫療加入家庭醫師醫療群的付費意願，希望透過付費意願的測量來計算中醫醫療整合家庭醫師醫療群的總體社會效益。

本報告的章節安排，第一章為緒論，第二章為針對中醫的整體發展與整體政策內容作描述，第三章針對中醫總額的運作進行描述，第四章針對未來中醫醫療與家庭醫師制度的接軌預作規劃。

一、中醫政策演變及體系現況

本節區分為中醫政策演變、中醫師養成沿革、中醫醫療機構之現況、中藥製劑與新藥開發四個小節分別陳述。

(一) 中醫政策演變

傳統醫學在世界各國一直是近代西醫體系以外的另一種相當重要的醫療照護來源，此一現象可以由東亞的一些國家，如台灣、中國、香港、新加坡和馬來西亞等地區的中醫醫療情況看出。除之針灸療法也同時在日本、英國、加拿大、美國等工業國家中被認可與允許執行。在馬來西亞、新加坡和台灣，中藥店的數量更超過中醫師數量(Lee 1973, Unschuld 1976, Ooi 1982)。

1960 年代之前，台灣的所有中醫師均以學徒、自學或兩者病用的方式來獲得傳統醫學的知識與技術，而這也是中國傳統醫學數千年來的主要教育方式(Chi et al 1996)。在西方教會於 1860 年代來到台灣之前，傳統中醫一直是台灣醫療體系的主流，蘇格蘭長老會傳教士 Barclay 和加拿大長老教會傳教士 Mckay 分別於 1866 年和 1872 年到達台灣並建立西醫診所之後，台灣接受西醫訓練的人才開始增加。1895 年中日戰爭割讓台灣，日本政府及以西醫作為建設台灣醫療體系的主流，並以教育作為台灣現代化與皇民化的手段之一(李卓倫等 1994)。

在日本政府統治台灣之前，台灣並沒有任何訓練中醫師或西醫師的正式學校，1899 年台灣建立第一所西醫學校，即總督府醫學校，除了訓練西醫師的養成外，1907 年之後也負責中醫師的訓練。當時的中醫師執照被歸類為 C 級人員，而西醫為 A 級人員，因此日本政府乃以西醫逐漸取代中醫(Tsurume 1984, Kerr 1974)。從 1899 年至 1945 年，日本政府在台灣大約培養 2800 名西醫師(江

東亮 1988)，但在 1945 年日本政府戰敗時，台灣有執照的中醫師尚不足 20 人(Croizier 1968)。

1945 年之後，中醫醫療政策採取中西醫並存的政策。中國政府放鬆原本日本政府在台灣的嚴格中醫政策，但也只提供非常有限的資源來支持中醫現代化的發展。放鬆後的政策使得只要經過自學或學徒出身者及可報考中醫師執照而沒有任何學歷上的限制。此一寬鬆的政策在加上 1949 年大量的中國難民移入台灣的結果，使得台灣在 1945 年不到 20 人的中醫師數，到 1954 年時已經大量成長為 1545 人(衛生署 1989)。此一門戶大開的考照制度使得中醫師的社會地位與社會形象大受影響。此一中醫師數目一直到 1980 年仍維持在 1600 人左右(李卓倫等 1990)。

台灣的中醫師執照考試主要有兩個平行的管道，即中醫師特種考試與中醫師檢覈考試，其中檢核考試主要由得有中醫學士學位者報考。台灣唯一培育大學部中醫師的中國醫藥學院成立於 1958 年，而其中中醫學系於 1965 年成立，並於 1984 年成立學士後中醫學系。

學士後中醫學系限制畢業生只能報考中醫師，但中醫學系由於在校同時修習所有醫學系課程，因此可以在通過中醫師考試之後，再報考西醫師執照，而且法令的限制又強迫擁有兩張執照者必須就中醫與西醫之間做一選擇而不得同時執行兩種業務，許多中醫系畢業生於是選擇執業西醫。中醫系畢業生選擇執業西醫的原因可能來自多方面(賴俊雄 李卓倫 1991)，除了一些結構面和過程面的因素之外，兩者在所得上的差距可能也是原因之一。1990 年左右的調查顯示，自行開業中醫師的每月收入大約為 84,000 元(賴俊雄 1992, 李卓倫等 1994)，而自行開業的西醫師所得每月至少為 160,000 元(蕭慶倫等 1989)。其次，西醫師比中醫師的社會聲譽要高則可能是另一個因素。

中醫師特種考試的報考只要通過中醫師檢定考試即可，並無任何學歷的限制。不過特種考試及格者的中醫師證書和大學中醫系畢業檢覈考試及格取得的中醫師證書並無不同，其執業內容與範圍也完全一致。此一雙軌並行的執照考試制度可能影響中醫師的民間聲望和醫療品質。1989 年的問卷調查顯示(陳太義等 1990, 游隆權等 1990)，在所有的執業中醫師中，僅 2% 曾經受過醫學相關教育的訓練。同年的衛生署中醫師中，104 位(6.1%)受過醫學相關教育訓練。

對於大學中醫系教育究竟培育多少位中醫師的問題至今一直

都無法明確的回答，台灣的文獻中則有四個研究曾經嘗試估算其比率。第一個研究為 1986 年衛生署醫政處的報告(衛生署醫政處 1986)，報告中分析 1950 年至 1984 年頒證中醫師的頒證種類、頒證年別、學歷、性別、年齡等，1984 年時執業中醫師的地理分佈，中國醫藥大學中醫系畢業生執業情況，以及中醫系畢業生與在校生對中醫教育和考試的意見等。此份報告顯示中醫系畢業學生執業中醫的人數只占畢業生頒證的 3.3% 和畢業生開業者的 4.4%。這份報告由於時間距今已有二十年的時間而必須重做估計。

自 1972 年至 1996 年，中國醫藥學院的中醫系畢業生人數共有 2133 人，自從 1989 年中國醫藥學院學士後中醫系第一屆畢業生有 39 人，至 1996 年共有 8 屆畢業生共 373 人，合計中國醫藥學院在 1965 年至 1996 年的 32 年之間，共培養了 2506 位中醫學士(中醫系畢業係頒給學士學位而非醫學士學位)。另外中國醫藥學院接受衛生署委託辦理中醫師特考及格者訓練，自 1989 年開始共訓練 716 人。總計至 1996 年中國醫藥學院中醫系和學士後中醫系畢業生共有 2506 人中，只有 14.6% 士執業中醫，顯見部大份的中醫系畢業生是執業西醫。而執業中醫者中的執業狀態，有 42.9% 是自行開業，57.1% 是受聘於醫院或診所中執業(李卓倫等 1994)。

從 1949 年到 1990 年代，中醫在台灣醫療體系的次要或附屬地位主要表現在三方面：(一)中醫師執照取得的多重途徑；(二)極少數有中醫師參與公共衛生的決策計畫；(三)只有少部分的資源用於中醫的訓練、研究和臨床治療。台灣中醫體系的相關研究便是建立在這樣的歷史背景之上。

(二)中醫師養成沿革

中醫師合法的地位始於民國 1936 年國民政府公佈之中醫條例，至民國 1943 年醫師法通過，該法明訂經醫師考試及格者得具醫師資格，考試院據此成立中醫師檢覈，並自 1946 年起辦理中醫師檢覈。此外，同年間台灣地區中醫師因有供需不足的問題，為拔擢國內對中醫藥學術有研習心得人士，考選部亦舉辦中醫師特種考試。此一寬鬆政策使台灣在民國 1945 年不到 20 人的中醫師數，到 1954 年已大量增至 1545 人。

1956 年中醫界向立法院請願，盼能設立中醫正規教育之機構。1966 年中國醫藥學院經教育部核准另行增設中醫學系，培養中醫之人才，由於此系學生在校同時修習所有醫學系課程，可在通過中醫師考試通過後再報考西醫師執照，而法令限制擁有兩張執照者須於中西醫之間作一選擇，不得同時執業，許多中醫系畢

業生因於時勢環境多選擇西醫執業，並未達到培育中醫人才原意。故自 1982 學年度起，中國醫藥學院開始招收相關科系之大學畢業生，並辦理學士後中醫學系，修業 5 年並不得報考西醫師執照。直至 1994 年考試院會議決定七年制中醫學系新生不得再報考西醫師，七年制中醫學系學生如完成中西醫雙主修課程者，將需七年制中醫學系年限改為八年，延續其養成中西兼學並用之辦學理想。另外在 1999 年長庚大學亦成立中醫學系，該系之畢業生亦延用此辦法，參加中醫師檢覈考慮，取得中醫師執照。

表 1-1 台灣歷年中醫系畢業學生人數

畢業年份	畢業人數	畢業年份	畢業人數	畢業年份	畢業人數
1972 年	39	1985 年	94	1998 年	202
1973 年	3	1986 年	108	1999 年	205
1974 年	34	1987 年	117	2000 年	215
1975 年	36	1988 年	113	2001 年	215
1976 年	37	1989 年	167	2002 年	219
1977 年	43	1990 年	170	2003 年	96
1978 年	46	1991 年	163	2004 年	206
1979 年	42	1992 年	163	2005 年	248
1980 年	47	1993 年	178	2006 年	243
1981 年	73	1994 年	153		
1982 年	90	1995 年	167		
1983 年	117	1996 年	177		
1984 年	121	1997 年	203		

資料來源：研究者自行整理

目前設有中醫系的大學，國內有中國醫藥大學、長庚大學兩間大學。其中長庚大學為八年制雙主修，中國醫藥大學有兩個系三種制度，一為中醫系八年制雙主修，二為中醫系七年制單主修，三為學士後中醫系五年制，每年中國醫藥大學與長庚大學約有 220-250 人畢業，其中約至少有 140 人會選擇中醫作為職業科別。以健保總額來推估，中醫在資源分配上佔不到 5%，且一些科技計畫與非科技計畫的不同研究結果皆顯示，中醫師人力推估未來有過剩的趨勢，因此政府已經開始有實際行動，就是衛生署與教育部對大學院校新設中醫系已經採取比較謹慎和保守的態度，因此在長庚大學設立中醫系之後，其他大學院校設立中醫系的措施均已經停止，不過目前並未如醫學系招生實施總量管制的制度。雖然 2011 年將廢除特考，但 2006 年特考通過 167 名中醫師，已經超出正規教育每年所培育職業中醫的人數 140 人，因此台灣地

區執業中醫師仍以特考及格者為主。表 1-1 及表 1-2 列出台灣歷年中醫系畢業學生人數及台灣歷年中醫師特考及格人數。

表 1-2 台灣歷年中醫特考合格人數

年代	及格人數	年代	及格人數
第 1 次 1970 年	40	第 20 次 1989 年	104
第 2 次 1971 年	25	第 21 次 1990 年	54
第 3 次 1972 年	8	第 22 次 1991 年	103
第 4 次 1973 年	68	第 23 次 1992 年	100
第 5 次 1974 年	26	第 24 次 1993 年	73
第 6 次 1975 年	96	第 25 次 1994 年	68
第 7 次 1976 年	26	第 26 次 1995 年	118
第 8 次 1977 年	218	第 27 次 1996 年	91
第 9 次 1978 年	54	第 28 次 1997 年	29
第 10 次 1979 年	102	第 29 次 1998 年	37
第 11 次 1980 年	86	第 30 次 1999 年	154
第 12 次 1981 年	157	第 31 次 2000 年	129
第 13 次 1982 年	92	第 32 次 2001 年	15
第 14 次 1983 年	85	第 33 次 2002 年	167
第 15 次 1984 年	228	第 34 次 2003 年	25
第 16 次 1985 年	140	第 35 次 2004 年	27
第 17 次 1986 年	205	第 36 次 2005 年	27
第 18 次 1987 年	107	第 37 次 2006 年	167
第 19 次 1988 年	209		

資料來源：研究者自行整理

在學歷認證方面，台灣西醫的醫學系認證是以層級高於台灣的學歷才加以承認，而中醫的大陸學歷認證於教育部吳京部長任內曾提到，規劃承認某幾家重點大學的中醫學歷，但最後政策並未付諸實行。依據兩岸關係條例規定，中國大陸地區學歷採認，是由陸委會會同教育部，訂定辦法辦理，目前無任何相關規定。在醫學類科中，凡大陸醫學院校畢業生，不論本國人或外國人，教育部都將辦理學歷甄試，意即通過甄試者，才採認其學歷，學歷獲得採認者，才得以參加考試院舉辦的中醫師、西醫師，或牙醫師考試。

(三) 中醫醫療機構之現況

1995 年 3 月全民健康保險正式開辦，中醫門診亦被納入其中，表 1-3 為健保特約中醫醫療院所數變化情形，自 1995 年的 1704 家（約佔全台健保特約醫療機構總數之 10.9%），至 2006 年 12 月底的 23207 家（約佔全台健保特約醫療機構總數之 11.7%）。以型態區分，中醫診所最多，其次為中醫聯合診所與中醫醫院，按縣

市來分，以台北縣市最多，其次是台中縣市（行政院衛生署，2005）。

表 1-3 歷年台灣地區全民健保特約中醫醫療機構統計表

年度	中醫醫院	中醫診所	中醫醫療院所數	健保特約醫療機構總數	百分比
1985	102	1,602	1,704	15,662	10.9
1996	88	1,727	1,815	18,338	9.9
1997	82	1,818	1,900	19,619	9.7
1998	69	1,878	1,947	19,932	9.8
1999	66	2,006	2,072	19,966	10.4
2000	52	2,100	2,152	19,983	10.8
2001	44	2,225	2,269	20,071	11.3
2002	37	2,355	2,392	20,997	11.4
2003	35	2,422	2,457	21,587	11.4
2004	33	2,523	2,556	22,383	11.4
2005	24	2,572	2,596	22,965	11.3
2006	23	2,700	2,723	23,207	11.7

資料來源：行政院衛生署

此外，為了確保中醫醫療服務品質，提供民眾中醫就醫安全環境，醫療法明訂中央主管機關應辦理醫院評鑑，其評鑑合格之醫院，除了作為衛生署選擇開業中醫是訓練醫院之主要依據外，也提供考選部、教育部選擇中醫師特考錄取人員臨床診療訓練醫院，此外，這些評鑑合格的醫院同樣也享有衛生署中醫藥委員會補助或委辦相關計畫。到 2004 年為止，評鑑合格的 123 家教學醫院中，已有 73 家附設中醫部（科），其中醫學中心 11 家，區域教學醫院 36 家，地區醫院 11 家。為滿足民眾對中醫藥照護服務之需求，在公立醫院方面，台北及高雄市獨立設立市立中醫醫院，並賦予該院全市中醫醫院際合作之重任。

（四）中藥製劑與新藥開發

全民健康保險正式開辦後，亦將中醫門診納入給付範圍，給付項目以案件分類，可分為中醫一般案件、中醫專案、中醫慢性病、中醫針灸商科及脫臼整復等四大類，而其中藥給付依「臨床常用中醫方劑標準方」以濃縮中藥複方製劑為主；在住院方面，目前仍處試辦計畫，尚未納入給付範圍。

為了促進中醫藥產業發展及大幅提昇中藥材及製藥之品質，以保障民眾用藥安全，2004 年編纂完成『中華中藥典』（現更名台灣傳統藥典），其內容分為三大部，第一部為中藥部，第二部為化學藥品部，第三部為生物製品部，各自成書。另外為配合政策推動「優良藥品製造標準」，各藥廠陸續先後改善製造環境並依

GMP 製造規範升級，因而 1999 年濃縮製造廠增加至 30 餘間，傳統劑型廠剩 128 間，隔年衛生署公告全面實施中藥 GMP 製造規範，內容涵蓋傳統藥廠實施藥品優良製造規範之步驟、期程及相關事項，為符合其所持有之藥品許可證將失效，並不得繼續製造，因此自 2006 年中藥廠已全面實施 GMP 制度。

在中醫藥研發方面，「壽美降脂一號」為全球首宗依據藥品優良臨床試驗規範 (Good Clinical Practice, GCP) 完成人體臨床實驗的中藥新藥，也是國內第一件依美國食品暨藥物管理局 (F D A) 新藥審查模式通過的中藥新藥，此新藥主要含有紅麴成分，並能夠有效降低高膽固醇血症、高三酸甘油脂血症。「壽美降脂一號」雖然為台灣第一取得藥證的中藥，但面對現實市場環境時卻並未如此順利。此新藥經核准上市後，向健保局提出申請，希望能以「新藥」，而非「中藥」或「學名藥」的資格，爭取較高的健保給付，結果 2005 年接獲健保局通知，不予以「壽美降脂一號」新藥給付價，其原因有三：第一，是市面上已有多項降血脂的西藥，「壽美降脂一號」對改善國人健康而言，並無明顯經濟效益；第二，從安全性、療效，及副作用來看，因為中藥無法寫出完整的成分，且臨床實驗報告沒有長期性的追蹤數據，因此無法推斷新藥的效用；最後，雖然「壽美降脂一號」具有降血脂功效，但中醫並無「高血脂」的診斷名詞，藥商為避免中醫反而無法使用中醫新藥的窘境，因此申請的適應症分別為西醫的「降血脂」與中醫的「活血化瘀」。雖然藥商針對同一種藥提出西藥與中藥申請，但台灣醫療體中西醫壁壘分明，未來可能需要時間說服西醫來使用中藥新藥。

「壽美降脂一號」為台灣第一件依循國際新藥開發規範所研製出的中藥新藥，證明台灣已具備研發中藥新藥的能力，但市場能否接受中藥當西藥使用，影響著未來中藥新藥的發展。

在中醫藥的臨床療效評估方面，政策面僅中醫藥委員會成立八家「中醫藥臨床試驗中心」，但僅針對中醫藥的新藥評估。畢竟中醫藥委員會位階不夠高，僅能以計畫研究案的方式廣徵學術意見，但這樣的方式畢竟力量有限。

二、中醫醫療體系研究摘要

本節區分為 1980 年代初期中醫醫療體系研究摘要、保險明顯介入後的中醫醫療體系研究摘要、經建會全民健保時期中醫醫療體系研究摘要、衛生署全民健保時期中醫醫療體系研究摘要四個小節分別陳述。

(一) 1980 年代初期中醫醫療體系研究摘要

在 1980 年代的報告中，吳就君(1981)針對全台灣地區的立意樣本發現在西醫、中醫、民俗療法三種方式中，僅採用唯一的方法的家庭在都市與鄉鎮分別為 8.2% 和 9.2%，其中僅採用中醫者為 0.4% 和 2.1%，僅採用西醫者為 7.6% 和 6.8%，視情況三者均採用的家庭都是佔 63.6%，鄉鎮 48.9%。次年吳淑瓊(1982)等發現台灣地區 10 個立意取樣縣市之民眾一年間 12 週醫療行為的分佈，11.0% 的行為系用中醫或中藥房，56.7% 採用西醫，16.3% 為西藥房；若以單複項求醫行為來看，僅採用西醫藥者佔 82.7%，僅採用中醫藥佔 5.2%，複向求醫者 21.9%。蔡淑芬(1983)針對布袋、學甲民眾作伴年期間醫療需求的分佈，在所有的求醫行為 4.52%，7.62% 為中藥店，但若進一步區分疾病種類，一般傷病有 13.42% 的複向求醫行為，慢性疾病有 20% 複向求醫。1983 年時針對全台灣地區民眾的隨機樣本調查顯示(許子秋等 1984)，一年間總就醫人次的 6.8% 為中醫，3.7% 為中藥房，而就診西醫佔 66.0%，西藥房 17.5%。

醫療需求經常是醫療體系的研究者或執政者首先注意到的現象，但欲以這些報告作為政策依據，則還有幾個必須考慮的條件。第一是全國性的政策理應以全國性的代表樣本來進行研究比較恰當。第二是需求的計算應該有明確的時間期限。第三，求醫傾向與態度應該區分疾病類型與中西醫求醫傾向的關係。第四，求醫傾向代表的是較主觀的喜好條件，而實際行為的發生還需要考慮客觀條件的限制。(Andersen 1968, Varian 1983)。第五，研究結果經常只呈現利用次數的描述，尤其是不同型態醫療利用之間的關係。

在中醫供給面的研究中，1982 年藍忠孚等人指出，中醫師存在地理分佈不均的問題。當時的院轄式擁有 19.4% 的人口和 38.84% 的中醫師，鄉擁有 33.49% 的人口和 11.83% 的中醫師，其中山地鄉完全沒有中醫師，全台灣地區沒有中醫師的鄉鎮共有 127 個。

(二) 保險明顯介入後的中醫醫療體系研究摘要

1983 年以後，保險開始大規模介入中醫市場。勞保於 1978 年起曾試辦中醫傷科一年，給付範圍限單純骨折與脫臼，1981 年恢復試辦並增加打撲、捻挫傷等中醫傷科給付。1983 年起開辦勞保中醫業務，給付內容涵蓋內科、婦科，針灸科，1985 年增加特約醫院，並增加中醫傷科給付。至 1978 年勞保共特約中醫醫院

20 家，傷科診所 8 家，1988 年勞保特約的中醫醫院 41 家。1989 年中醫醫院 86 家，傷科診所 5 家(彭建章等 1989)。公保則於 1988 年起開辦公保中醫業務，但須經公保聯合門診中心轉診，1989 年起取消轉診規定並逐步擴大特約醫療院所。

保險的介入促使行政機關必須正視中醫體系的規劃。1986 年衛生署醫政處出版對中醫師人力教考用的報告(楊漢泉等 1986)，顯示 1950 至 1984 年共核發 4,322 張中醫師證書，但在 1984 年正式出版的衛生統計中僅有 1,799 為有執業，執業率 41.6%。領證中醫師中的 47.4% 年齡在 65 歲以上，67.3% 學歷不明，22.6% 有大專以上學歷，1984 年中醫師特考及格人員具有大專以上學歷者其中的 19.5% 所修科系與醫學相關。領證中醫師中有 2,565 人係於 1950 年以後才參加考選部舉辦的檢覈考試者 909 人佔 35.4%，特考及格 1956 年佔 64.6%，而通過檢覈者中的 559 人(61.5%)為正規中醫院校畢業，其餘 358 人為國外針灸學校畢業即華僑在僑居地執業中醫五年以上者。在考試及格年份上，1950 年至 1972 年平均每年 8.6 人檢覈考及格，但中國醫藥大學中醫系畢業生加入後，1973 年至 1983 年平均每年有 59.3 人檢覈及格(其中 45.1 人為中國中醫系畢業)。特考方面 1950 年至 1984 年平均每人僅 20.8 人特考及格，1977 至 1984 年平均每年 136.9 特考及格。可見特考及格人數字 1977 年以後才快速上升，且增加速度為受國內正規中醫教育檢覈及格者的三倍。不過，報告也指出中國醫藥大學中醫系畢業生執業中醫者只佔畢業生領證者的 3.3% 和畢業生開業者的 4.4%。1986 年的另一份官方報告(衛生署 1986)則以較簡單的醫師人口比為依據，推估中醫師人力的供需將有逐年過剩的狀況，其中 1966 年過剩 208 人，2000 年則會過剩 537 人。

勞保自 1983 年開始擴大試辦中醫門診業務滿五年後出版了成效檢討報告，顯示自 1983 年至 1988 年，勞保中醫門診人次增加 1.75 倍，給付金額增加 1.79 倍，每件平均金額維持在 200 元以內。1988 年的勞保中醫門診人次佔總勞保門診人次 6.73%，門診費用佔 4.90%。就診人中年齡 21 至 40 歲者佔 60.42%。醫療院所方面則顯示中醫病例記載與管理並未上軌道，療效追蹤管理不善，支援兼任醫師眾多等。

(三) 經建會全民健保時期中醫醫療體系研究摘要

1988 年經建會成立全民健保規劃小組後委託邱清華(1990)與陳太義(1990)分別對中醫的需求面與供給面進行研究，後者的研究結果並經部分修正後陸續發表於國內不同的刊物中(李卓倫等

1990, 陳太義等 1990a, 1990b, 游隆權等 1990, 李卓倫等 1991)。邱清華的研究以各縣市勞保特約中醫院所數分層並立意選擇 10 個縣市的 22 個鄉鎮民眾，探討(1)民眾尋求中醫傾向；(2)中醫市場區隔；(3)以情境問題測試中西醫之替代性。邱清華的報告詳細描述了中醫的需求量做進一步的推估，也未對不同醫療型態的求醫行為做相關分析，這部分可由同年江東亮等人(1990)與次年林瑞雄等人(1991)的報告獲得一些補充。

江東亮(1990)調查顯示有健康保險的農民自服中藥的勝算比為沒有健康保險農民的 1.59 倍，有健康保險農民自服中藥天數較沒有健康保險農民增加 38.0%。中醫門診次數與健康保險變項之間並無顯著相關，西醫門診門診次數與中醫門診次數或自服中藥天數之間也無顯著相關性。林瑞雄(1991)等調查發現每人每月看診中西醫門診的次數分別為 0.2 是與 0.68 次，利用次數比為 1.0 比 3.5。同年衛生署(1991)的另一份調查發現台灣地區 18 歲以上人口每人每月的中西醫門診利用次數分別為 0.14 次和 0.41 次，利用數比為 1.0 比 2.9。

經建會委託陳太義等人(1990)所做的供給面報告顯示中醫師年齡成雙高峰分佈，集中於 30 至 44 歲(51%)和 70 歲以上(25%)，47% 的 1982 至 1989 年特考及格中醫師學歷為高中或高中以下，中醫師及中醫醫療院所均存在嚴重的地理分佈不均。陳太義報告週延地提出各從層面問題，這些問題包括：(1)中醫保險的給付範圍如何界定？是依據住院門診別、疾病別、科別或藥材別來區分？(2)醫療費用支付標準如何訂定？(3)保險藥材種類及方劑種類是否限制如何訂定？(4)是否實施中醫中藥分業？(5)如何提升中醫師、中醫護理、中藥調劑人員的水準進而提升整體中醫醫療品質？陳太義的報告與建議內容稍後也充分反應在經建會規劃報告中(吳凱勳等 1990)。

考選部(1990)的報告所調查 59 位中醫系畢業生中僅 3 位執業中醫，佔 5.08%。選擇執業西醫的理由主要是可以進行檢驗(22.97%)和研究機會較多(21.62%)。贊成立即停辦或限期停辦中醫師特考的比率在西醫師中分佔 52.26% 和 14.93%，中醫系在校生佔 24.37% 和 48.18%，中醫系畢業生佔 42.37% 和 37.29%，而中醫師只佔 1.51% 和 5.66%。賴俊雄等(1991)的研究顯示中醫系畢業生有 15.6% 執行中醫業務，決定執業中西醫的時間多在六、七年級或服役期間，影響執業種類的影響因素是否經常與中醫老師討論功課、實習中醫場所的等級、學生性別、家庭社會地位等。

(四) 衛生署全民健保時期中醫醫療體系研究摘要

1991 年至 1992 年有三篇較重要的中醫需求論文，分別為林芸芸(1992)、羅紀琼(1991)與賴俊雄等(1992)的報告。林芸芸(1992)的報告以來自 32 個樣本的迴歸分析來嘗試推論中西醫療的關係，且模式中未包括其他控制變項與中西醫療價格變項，無法推斷中西醫間的替代或互補性。

羅紀琼(1991)的報告則以 1988 和 1989 兩年的勞保資料進行分析，發現兩年間不分性別中醫利用皆顯著增加，而西醫醫療利用減少的差異並不明顯，羅依此推測中西間並無明顯的替代關係。迴歸模式分析則顯示西醫就診率與中醫就診率並無顯著相關；而在經過樣本偏誤的調整後，西醫就診次數與中醫就診次數成現正相關，即互補關係。羅氏進行分析的主要限制來自二手資料中缺乏某些必要的資料，包括：資料中缺乏病患就診時的自付金額與實際收入，無法估算其所得彈性、價格彈性與交叉彈性；健康狀況是可能同時影響中西醫療利用而必須予以控制的重要干擾變項。

衛生署第二期全民健保小組委託賴俊雄等(1992)的研究，結果顯示全台灣地區民眾於 1992 年、1996 年和 2000 年時平均每人每月看診中醫師的次數分別為 0.085 次、0.100 次 和 0.102 次，亦即 1992 年時台灣地區每人每年約看診中醫 1 次而看診西醫 4 次，其使用次數與 1991 年衛生署(1991)的資料相近，中西醫使用比例則與林瑞雄等(1991)的報告相近。而 1992 年、1996 年和 2000 年時平均每位中醫師每週看診人次分別為 195 人、333 人和 350 人，因此每年需求的中醫師量分別為 2069 人、1476 人和 1480 人，而中醫師供給量則依據全民健保第一期規劃的推估 37 略作修正後計算得 2010 人、2319 人和 2647 人。研究也發現在控制傾向因素、能力因素與需要因素的前提下，西醫門診次數與是否使用中醫和中醫門診次數均呈負相關，且中醫門診利用的價格彈性係數小於 0.1 而可視為無彈性。不過，此時期的需求報告幾乎同樣面臨民眾完訪收回率只有 50% 的困擾而影響外推性(林瑞雄等 1991, 賴俊雄等 1992, 邱清華等 1990, 江東亮等 1990, 林芸芸 1992) 並進一步造成計算中西醫療彈性係數的困難。

1993 年賴氏再發表勞保中醫門診制度的改進研究。其中針對 5 家中醫醫院門診病人的調查發現，中醫門診的所得彈性、價格彈性和對西醫門診的交叉彈性均小於 0.1，顯示欲以高額部份負擔限制中醫門診的效果值得再深入探討，研究也未發現中西醫門診

間存在互補性或替代性的證據。報告中並建議醫療品質可能是同時影響價格與中醫利用的干擾變項，而過去需求面的研究極少考慮到納入供給面的品質變項，部分研究即指出(Feldstein 1974)，假設價格與品質呈正相關，則所估計的價格彈性會低估。賴報告的第二個重點是分析 1991 年 3 月中醫勞保單資料後詳列其就醫疾病的國際疾病分類，但其中藥處方因需進一步做資料處理而暫未發表。賴報告的第三個重點是建議進行中醫師診療行為所投入資源相對值的研究來作為支付制度改進的基礎數據，此一探討乃保留於研究階段而非行政上的實用階段，但因研究期間的關係此報告只引用美國所做相同研究的第一期報告(Hsiao 1988)，後續研究可以參考同一研究的第三期報告(Braun et al 1992)。

第二章 中醫在台灣全民健康保險制度下的發展

壹、前言

大部分的傳統醫學都經歷了數世紀或數千年的發展，成為該社會主要或唯一的醫學系統並用來服務當地人民的健康需要。在科學革命後西醫 allopathic medicine 支配大部分社會的健康照護系統之前，全世界各地，不論地方性或地區性都已發展出傳統醫學。當西醫(以下將稱為「西醫」)借助於殖民主義或新殖民主義而變成主導全球的醫療系統時，我們觀察到在全世界各區域對於傳統醫學發展的限制或壓制。這樣的限制也靠著殖民者的力量和影響或國內利益團體而實現的。西醫的醫療全球化對於中低所得國家的醫療服務有遠大的影響。藉由壓制或忽視通常利於有效資源使用的傳統醫學，當他們採用西醫作為他們健康照護系統的主要醫療系統時大部份這些人民發現他們已處於醫療依賴的狀態。大部分中低所得國家缺乏資源和技術去發展一套完全以西醫為依據的健康照護制。基於妨礙低所得國家健康發展的主要問題之一是缺乏資源及醫療的依賴性，世界衛生組織在 1974 年開始推廣促進傳統的醫學政策。在這個政策之下，自力及自決原則也是基礎健康照護 Primary Health Care 基本原則。透過國家健康照護系統整合了傳統醫學，低收入國家也能發展在國內適合他們的藥物資源和減少對國際間醫療的依賴。台灣自從第二次世界大戰後已經嘗試整合中醫於其健康照護系統。從 1971 年台灣雖然被世界衛生組織除去會員身份，但其中醫政策還是和世界衛生組織的推廣傳統醫學政策是非常一致。在過去的 20 年來，中醫在台灣政策的發展已經充份地發表於英文和中文的文獻上。在 20 世紀後期，發生於 1995 年一個最重要的衛生政策改變就是因全民健保的實施，使得中醫在台灣的健康照護扮演一個更重要的角色。這項發展很少被研究及討論，特別是在國際的文獻上。本研究的目的是調查和檢驗 1995 年 3 月開始實施的全民健康保險制度包含了中醫服務的廣泛範圍之後，中醫在台灣最近的發展。透過調查台灣中醫的提供和使用的新發展，本研究中我們將簡要地回顧在 1995 年之前及全民健康保險制度實施後的台灣中醫。在結論中，本報告將根據我們的研究來提出對於中醫藥委員會及台灣的中醫界在未來中醫發展上的建議，以及臺灣經驗可供國際上從事傳統醫學政策研究及推廣的學者和決策者略學習的地方。

在我們繼續我們的研究及討論之前，有必要對幾個在本報告裡常使用的術語加以定義，因這些術語常有很多不同的意思且容易讓讀者混淆。

醫學系統 *Medical System*

一項具有獨特的哲學基礎與系統化知識的醫學，其具有獨特的分析典

範、人體生理的理論、及對健康和疾病的定義，同時基於這些哲學基礎和系統化知識而和發展出診斷及治療疾病的特定方法。

傳統醫學 *Traditional Medicine*

一項具有獨特的哲學基礎與系統化知識的醫學，其對人體生理及環境，以及對健康和疾病發展出獨特的概念和理論，並根據這些系統化知識及理論而發展出獨特的診斷和治療方法；該醫學系統通常是在特定的社會文化和政治經濟的環境發展下發展出來的。

中醫 *Chinese Medicine*

在中國根據一套對人體健康與疾病及自然的瞭解之系統理論所發展出來的傳統醫學。

康照護制度 *Health Care System*

一個社會對居民醫療照護的系統化財源籌措、組織、及醫療提供的所發展的制度。一個健康照護制度可以根據一個或多個醫學系統。

一、中醫的財源籌措

中醫在台灣一個很大的改變就是自從全民健康保險制度在台灣實施之後，政府成為使用中醫的財務上主要貢獻者，尤其是在臨床醫療服務。在 2004 年花費在臨床的中醫上總共有 20,335 萬元，是改年國民醫療保健支出的 3.06%。另外，同一年花費在中醫藥物上有 22,413 萬元，是國民醫療保健支出的 3.37%。下表 2-1 是分析中醫的花費及資金的來源。

表 2-1 2004 年台灣在中醫的花費

	總數 (萬元)	總數的 百分比	成長	財務			
				政府單位 (萬元)	公共部門 的百分比	私人部門 (萬元)	私人部門佔全 部的百分比
臨床治療	20,335	3.06	1.79	12,718	63	7,617	37
藥物治療	22,413	3.37	-7.16	0	0	22,413	100

[Source: DOH 2005]

隨著全民健康保險制度實施後，全民健保花費在中醫上逐漸增加是值得注意的。這個結果代表我國社會支持使用和提供中醫，可由下表 2-2 看出政府單位在中醫上的花費。此外，在 2005 年，中醫支出說明了在同一年全民健康保險門診病人的消費為 5.76%。

表 2-2 台灣中醫在全民健康保險制度的費用

年代	全民健康保險制度的中醫支出 (百萬元)	全民健康保險制度的平均每 人每年中醫支出費用(元)
1997	241,484	11,108
1998	268,670	12,251
1999	291,369	13,190
2000	296,840	13,323
2001	311,547	13,902
2002	337,804	15,000
2003	344,560	15,246
2004	366,388	16,148
2005	372,795	16,372

此外，當中央健康保險局(簡稱健保局)開始實施總額預算的新制度時，中醫是第一個實驗該制度的(從 2000 年七月開始)。在總額預算下，提供者的動機是一個零合遊戲。當每一個提供者試著要提供更多服務量時，每單位服務的支付金額就會減少。另一方面，在不同類的醫療提供者中，全體的總額預算也呈現分配醫療費用的新議題。目前，全體的預算分成 4 個部份：牙醫，中醫，門診病人服務(西醫方面)和住院病人服務(西醫方面)。關於中醫的分配公平性議題，如與西醫相比的話，不論總額預算每年設立給中醫與否，都反映了使用的量。

二、全民健康保險制度下中醫的發展

在全民健康保險制度實施之後，中醫師不斷增加。表 2-3 即在描述台灣在全民健保實施後，中醫師數量的改變。

表 2-3 台灣的中醫師數

年份	中醫師數	每一萬人的中醫師數	每一萬人的西醫數	西醫師對中醫師的比率
1954	1,545	1.80	4.63	2.57
1960	1,688	1.56	4.45	2.85
1965	15,94	1.26	4.01	3.18
1970	1,384	0.95	3.50	3.68
1975	1,574	0.98	5.69	5.81
1980	1,590	0.90	6.65	7.39
1985	1,892	0.99	7.87	7.95
1988	2,397	1.21	9.18	7.59
1990	2,372	1.71	9.79	8.40
1991	2,514	1.22	10.27	8.40
1992	2,616	1.26	10.74	8.57
1993	2,701	1.29	11.18	8.70
1994	2,833	1.34	11.54	8.63
1995	3,030	1.42	11.45	8.07
1996	2,992	1.39	11.50	8.26
1997	3,299	1.52	11.81	7.80
1998	3,461	1.58	12.35	7.85
1999	3,546	1.61	12.74	7.96
2000	3,733	1.68	13.25	7.93
2001	3,979	1.78	13.63	7.68
2002	4,101	1.82	13.99	7.69
2003	4,266	1.89	14.32	7.59
2004	4,588	2.02	14.69	7.27
2005	4,610	2.02	14.96	7.40
2006	4,743	2.07	15.24	7.36

〔資料來源：中央健保局 1989, 2007〕

表 2-3 顯示在全民健康保險制度實施後，中醫師數穩定地增加。此外，在全民健保實施前 10 年台灣西醫師對中醫師比率逐年增加中。在全民健康保險制度實施後，比率穩定地下降至全民健保實施 10 年前相似的水準。

自全民健康保險制度實施後，中醫診所也經歷了相似的發展；但中醫醫院的數量則下降。此下降與全民健康保險制度如何定義由中醫師提供的有給付服務有關，因其並不包括住院病人的醫療照護。表 2-4 呈現台灣中醫診所和醫院的數量。不論中醫提供者可以提供住院病人的照顧與否，以及

民眾對中醫住院照護需求的多寡，仍是一個爭論的議題。這方面的研究及政策發展仍有待發展。在研究方面，中醫的研究者首先需要定義中醫住院病人醫療照護服務的範疇，其制定依賴兩個條件：一為臨床實證證據，一為病人的需求。此外，為了站在更積極推廣中醫的立場，中醫研究者需要提出中醫住院病人醫療照護不僅對臨床是有效益的，且和西醫的住院醫療照護比較也更有成本效益的。從策略方面而言，決策者需要監督中醫使用和效果的實證，並定期地評估全民健康保險制度的中醫住院給付之適當性。

表 2-4 台灣中醫診所和醫院的數目

	診所	% 變化	醫院	% 變化
2000	2,100	—	52	—
2001	2,225	6	44	-15
2002	2,355	4	37	-16
2003	2,422	3	35	-5
2004	2,523	4	33	-0.6
2005	2,572	2	24	-27
2006	2,700	5	23	-0.4
2007	2,722	1	22	-0.4

三、全民健康保險制度下中醫的使用

表 2-5 台灣中醫門診病人就診數

	中醫門診病人就診總數	平均每人每年就診人次
1999	5,897,073	0.28
2000	6,022,811	0.28
2001	6,089,359	0.28
2002	6,184,447	0.28
2003	6,335,231	0.29
2004	6,635,895	0.30
2005	6,510,010	0.29
2006	6,335,168	0.28

根據健保局 2004 年統計，台灣平均每人每年中醫師的門診人次是 0.30。根據各種的評估，有 15% 至 30% 的人口使用中醫服務，而 15% 至 16% 的人口同時使用中醫和西醫。表 2-6 概述台灣最常見同時使用中醫和西醫病狀。

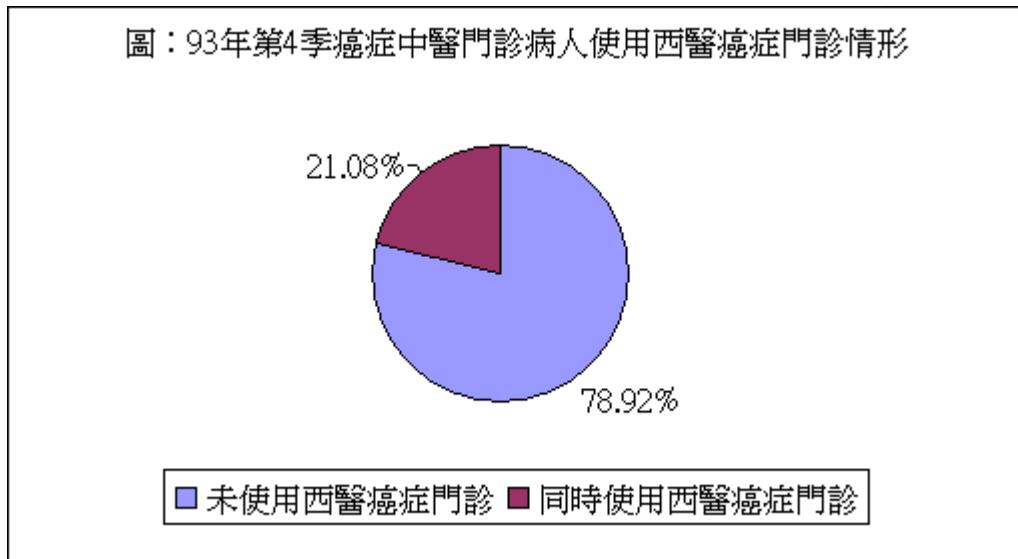
表 2-6 2002 年 10 種最常見同時使用中西醫的病狀

排名	疾病診斷
1	其他急性呼吸感染
2	消化系統方面的疾病
3	除了背部以外的風濕病
4	其他背部狀況
5	其他不清楚的症狀、徵兆、診斷
6	其他皮膚病和皮下組織的疾病
7	無月經症
8	脫臼、扭傷和撕裂傷
9	支氣管炎、肺氣腫和氣喘
10	其他呼吸上的疾病

[Source: Lan 2005]

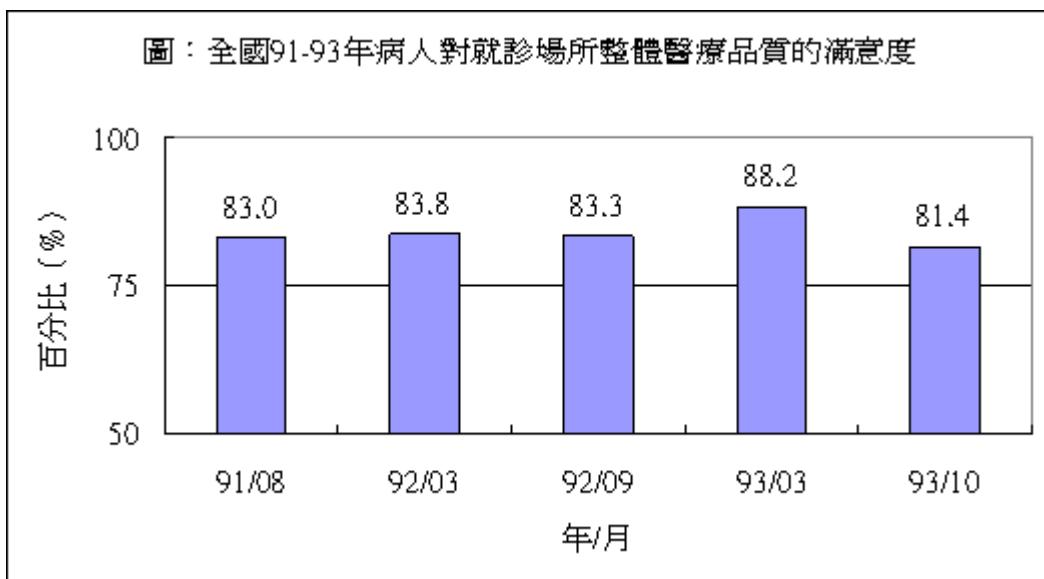
圖 2-1 顯示病人中使用中醫治療癌症的人，大約有 21% 的人同時也使用西醫治療。

圖 2-1 2004 年中醫門診病人時用西醫癌症治療情形



http://www.hcquality.helthe.net/reports/showreports.php?id=5_2

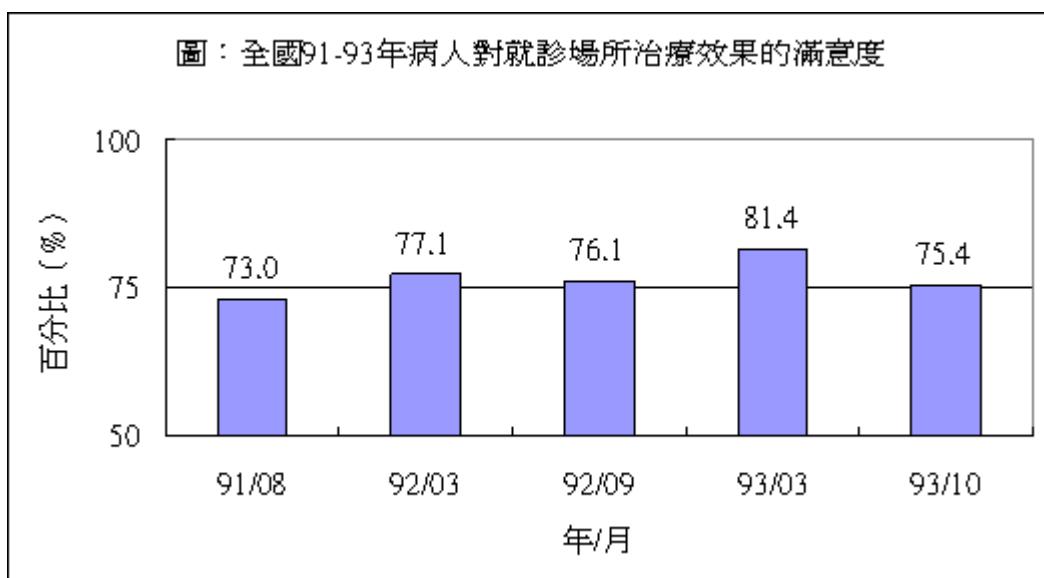
圖 2-2 2002 年至 2004 年，台灣的病人對中醫品質的滿意度



Source: http://www.hcquality.helthe.net/reports/showreports.php?id=6_1

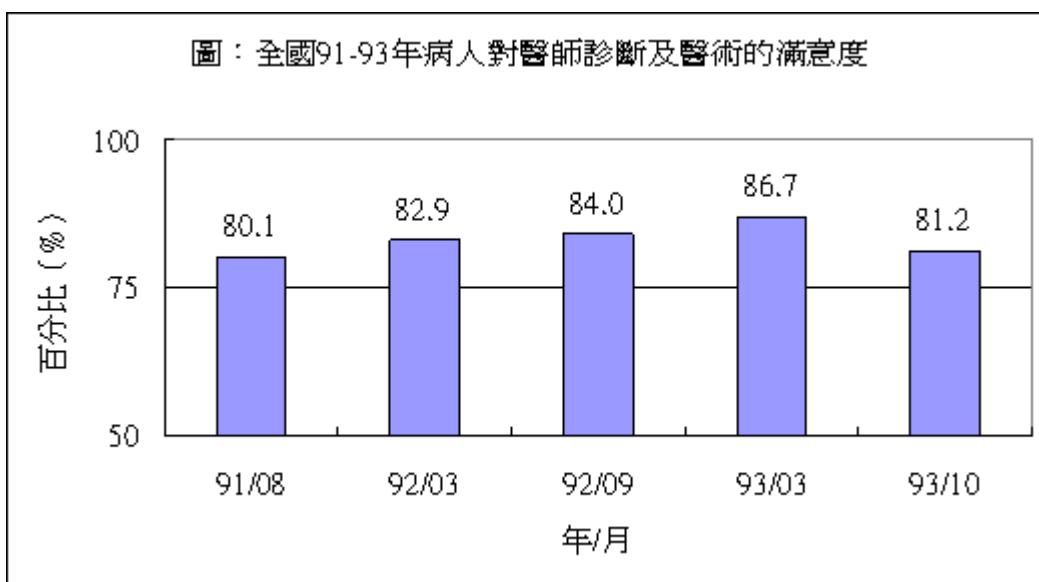
近年來，台灣中醫的病人對於中醫的服務有非常高的滿意度，如圖 2-2 所顯示的。同樣地，圖 2-3 顯示台灣中醫的病人會為他們所接受到的醫療服務結果感到滿意。此外，圖 2-4 顯示台灣中醫的病人對於醫師的診斷和治療也有很高的滿意度。

圖 2-3 2002 年至 2004 年間台灣病人對於中醫就診場所療效的滿意度



Source : http://www.hcquality.helthe.net/reports/showreports.php?id=6_10

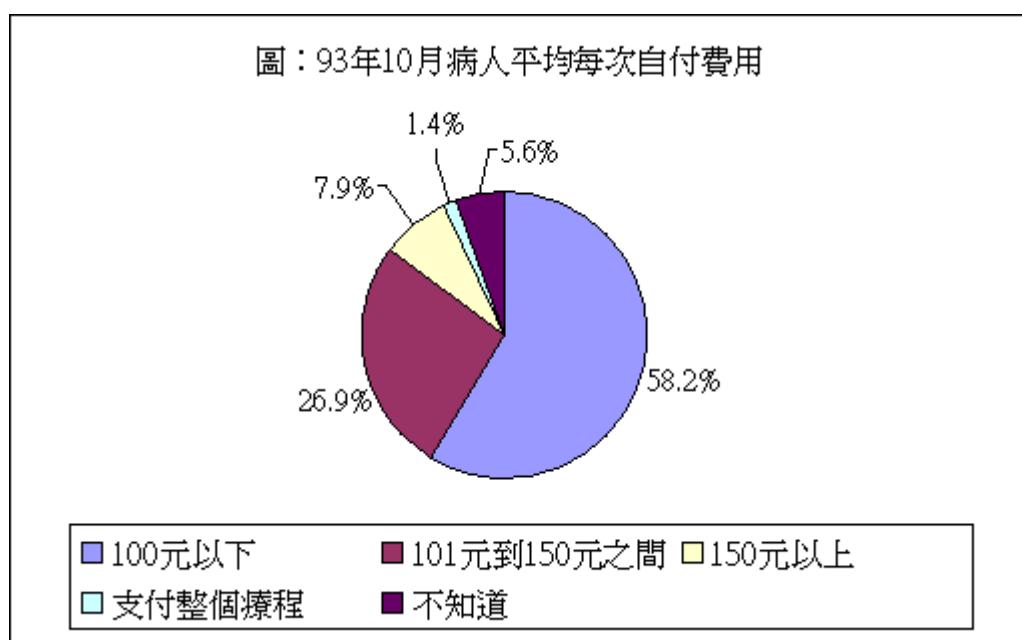
圖 2-4 台灣的病人對於中醫的診斷和治療的滿意度



Source: http://www.hcquality.helthe.net/reports/showreports.php?id=6_5

在本節我們探討中醫使用的財務負擔。中醫服務的自付額是相對的低。圖 2-5 顯示自付中醫費用的分布。表 2-7 則描述民眾對中醫和西醫的提供者的滿意度。結果顯示當西醫在台灣是主要的醫學系統且依舊享有高聲譽和病人的高滿意度時，在中醫和西醫提供者之間的滿意度之差別甚小。

圖 2-5 2004 年台灣病人平均每次自付中醫的費用



Source: http://www.hcquality.helthe.net/reports/showreports.php?id=6_19

表 2-7 比較病人對於中醫和西醫的滿意度

病人對於供給者和有關使用統計的滿意度	中醫	西醫
醫生在臨床看診上所花的時間	77.4%	78.8%
每次看醫師所花時間 (中位數)	10 分	6 分
供給的設備與器材	65.8%	67.4%
自付	67.4%	69.5%
每次自付費用	123.9 元	125.0 元
診療結果	75.4%	81.7%
醫師的診斷和治療	81.2%	85.0%
醫生在診療過程中的細節與關心	79.5%	81.4%
醫生對於疾病的說明及指示	79.5%	82.9%
對醫生和設備整體滿意度	81.4%	82.8%

Source: DOH October 2004.

四、中醫在全民健康保險制度實施後的發展

透過實施全民健康保險制度，中醫在台灣的醫療制度的角色變得更穩固。同時，幾個政府的政策及學術機構對於改善中醫的研究及臨床醫療貢獻很大。這些改善中醫的研究與臨床醫療的政策包括：

1. 醫療品質報告
2. 病患的滿意度調查
3. 促進臨床試驗及以證據為基礎的醫療
4. 提升中醫藥品使用具有優良製造標準及國際認證的證明書
5. 中醫學院和研究所的新設立：
 - 長庚大學：1997 年新成立中醫學院
 - 國立陽明大學：1998 年新成立中醫博士班學程
 - 中國醫藥大學：1999 年新成立中、西醫整合碩士班
 - 長庚大學：2000 年成立中醫碩士班

在 1998 年創立一個中、西醫整合專科醫師，以及由中、西醫整合學會所辦理的新的證書考試。

(一)台灣中醫的研究與發展

台灣在全民健康保險制度實施之後有一個主要的發展就是中醫研究及發展在台灣逐漸增加。其中一個指標是中醫研究人員申請專利的數字。表 2-8 顯示這時期申請中醫專利的總數。這個圖所顯示的是在 2003 年之前申請專利的中醫專利數持續增加。有一點不清楚的是為什麼在 2003 年之後該數字會如此戲劇性的下降。有個可能的解釋是到 2004 年時大部分目前的中醫診療措施已經申請通過專利，之後新的專利則需要真正實地創新之中醫診療。

表 2-8 中醫在台灣申請專利的總數

年代	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
申請專利數	1,996	2,313	2,258	1,762	2,203	2,005	1,136	193	4

(二) 中醫照護的品質

中醫在台灣醫療制度中，作為提供臺灣人健康促進及維護的重要角色，已經透過全民健康保險的給付及民眾廣泛的使用而正式建立了。同時，中醫在台灣也面臨西醫的競爭。當西醫逐漸地採用以證據為基礎的臨床醫療(evidence-based medicine)時，民眾和政府也會期望中醫也朝同一方向發展。然而，在建立一個有效的以證據為基礎的中醫臨床醫療政策之前，有幾個問題需要先進一步研究。

當隨機臨床實驗已經為多數學者及決策者接受為提供最高水準的療效依據時，在有些狀況下，不論中醫或西醫該方法是不可行的。[WHO 2000]

政府已透過行政院衛生署中醫藥委員會在積極的提升中醫草藥的用藥安全。政府利用網際網路提供民眾非常有效的資訊，例如：行政院衛生署中醫藥委員會已經有網站以提供中醫草藥的資訊。[\(http://www.ccmp.gov.tw/index.asp\)](http://www.ccmp.gov.tw/index.asp):

1. 安全使用中醫草藥的資訊

[\(http://tcam.ccmp.gov.tw/menu_1.asp\)](http://tcam.ccmp.gov.tw/menu_1.asp):

(1)經常使用中醫草藥的資訊。

(2)中醫草藥的成分。

(3)以圖畫協助辨別中醫草藥真偽指南。

2. 使用中醫草藥的一般常識。

[\(http://tcam.ccmp.gov.tw/meun_know_index.asp\)](http://tcam.ccmp.gov.tw/meun_know_index.asp)

3. 中醫和西醫相互作用的資訊。(此為一個互動的網站，只要使用者輸入中醫或西醫診療處置的名字即可得到詳細的資訊，http://tcam.ccmp.gov.tw/meun_8_search.asp)

4. 中草藥不良反應通報系統(包含的資訊有報導的過程，報導的種類及傳達的資訊，http://tcam.ccmp.gov.tw/meun_4_list.asp)

5. 藥用植物的開發與種源之保存(此資訊網站是幫助使用者藉由植物學的分類、特質及圖像認出在台灣的草藥圖案及草藥分佈，http://tcam.ccmp.gov.tw/menu_5_list.asp)

6. 網際網路科技管理與社群服務，這裡有 167 個網站可讓使用者搜尋有關中醫的文章，(http://tcam.ccmp.gov.tw/meun_6_list.asp)

除了這些的資訊之外，行政院衛生署中醫藥委員會主要的網

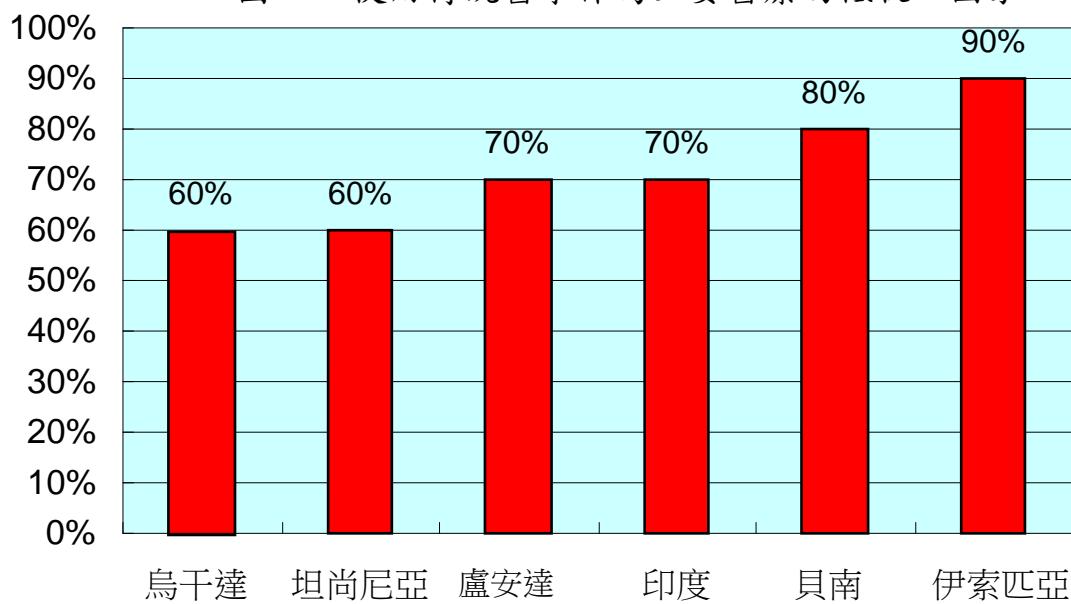
站還提供許多其他有用的資訊給開業醫師、學者、研究人員及一般民眾，同時也提供所有重要的中醫典籍原文讓使用者自由地下載 (<http://www.ccmp.gov.tw/public/public.asp?selno=712&relno=712&level=C>)。當我們想要衡量醫療照護的品質時，是否能用同一個標準來測量中醫及西醫是仍有爭議的。在選擇臨床的品質指標上，台灣政府和許多其他國家多半以相同的標準在檢驗西醫及傳統醫學。同時，從病人及其家族成員的觀點來看，他們所關心的是健康的恢復、疼痛及不適的減輕、殘障的預防、使用上的簡便、以及費用。這些標準可同樣適用於中醫與西醫。這是對中醫的挑戰：假如中醫在這些特質上無法達到和西醫有同樣的水準的話，中醫想要與西醫競爭是會有困難的。

五、政策及對未來發展的建議

(一)整合的挑戰

傳統醫學在全世界已快速發展，台灣也不例外。此外，傳統醫學在低收入國家扮演著提供主要健康照護的重要角色，參照圖 2-6。雖然台灣已經開始嘗試在整合中醫與西醫，但要達到更高水準的整合，仍有很長遠的路。

圖 2-6 使用傳統醫學作為主要醫療的低收入國家



Source: WHO 2002

目前，傳統醫學與西醫的整合之障礙包括如下：

1. 西醫仍舊主導健康照護制度以及教育及研究機構

如果我們檢驗教育及研究機構所依據的醫學系統，可看出西醫仍主宰著台灣的醫療照護制度。我們並非主張中醫應在台灣的醫療照護制度中扮演主宰的角色。在一個高階整合的中西醫療制度中，雖然是西醫在主導醫療照護制度，該制度中將會很積極地包含中醫於大多數的醫療服務中。此外，除了臨床的醫學之外，一個整合中西醫的醫療制度中，我們應可以看到中醫也對公共衛生及全民健保政策的制定積極參與。

2. 分析式典範 analytic paradigm 主導教育研究機構

分析式典範是主導西醫理論的典範，其特質為對健康和疾病的了解是由可分離最微量的份子去瞭解。另一方面，許多傳統醫學包括中醫則傾向採用整合性典範 integrated paradigm，其對人體疾病多由超越個體的整體社區及環境來看 [Ratcliffe 1993]。關於中西醫整合的主要障礙在於如何調適在中醫和西醫下的這些典範上的基本差異。

3. 資源的缺乏與研究和發展的權力

當我們檢驗醫療資源的分配時，到目前為止，西醫仍分配到絕對多數的醫療資源。如果中醫沒有獲得相當的資源增加，可預期到中醫與西醫的進一步整合與發展將會很有限。

4. 方法學的挑戰

這項挑戰與第二項挑戰有關，但是比第二項更深入且與中西醫的整合有關。在理想的整合下，我們可能使中醫和西醫完全合而為一，遠超過臨床階段而深入醫學的基礎理論之整合。在這樣的整合性醫療系統下，在台灣實行的主流醫學的理論依據將成為中醫和西醫的合成體。要達到這一步，尚有重大的方法論差距。在稍早的研究文獻中曾提出過此挑戰 [Chi1994]，但至今仍未有更多進展。這方面可透過更多的基礎生理與疾病機制研究中來逐步整合其理論。

(二) 中醫在台灣和全球的新挑戰

1. 現代化

面對著西醫和其他傳統醫學的激烈競爭，中醫將必須持續地現代化與調適。在現代化過程中，中醫必須改善其理論的發展，以適切地對新疾病、損傷和退化性病變提出有效的對應。此外，新知識和發現不該為西醫所壟斷。中醫和其他傳統醫學可評估對那些適於了解疾病機制或診療的新知識與科技而採用

之。傳統醫學並不需要侷限於維持「傳統」的醫學。

2. 了解國際和全球性健康挑戰並對其健康發展有所貢獻

在這個彼此關聯的世界，中醫對世界其他部分的人口健康的促進有很大的潛能。為了有效的面臨這個挑戰，中醫必須在傳染病與公共衛生方面發展其理論。例如中醫能對在低所得國家中盛行的瘧疾、結核病、愛滋病、痢疾、上呼吸道感染等這些疾病能否有所貢獻，是取決於中醫能夠發展一個對付這些疾病的有效的預防或治療方法。同樣的，隨著全球對環境相關疾病關懷的增加，中醫必須發展一套解釋及控制這些疾病的機制，否則中醫將會在環境衛生的議題缺席。

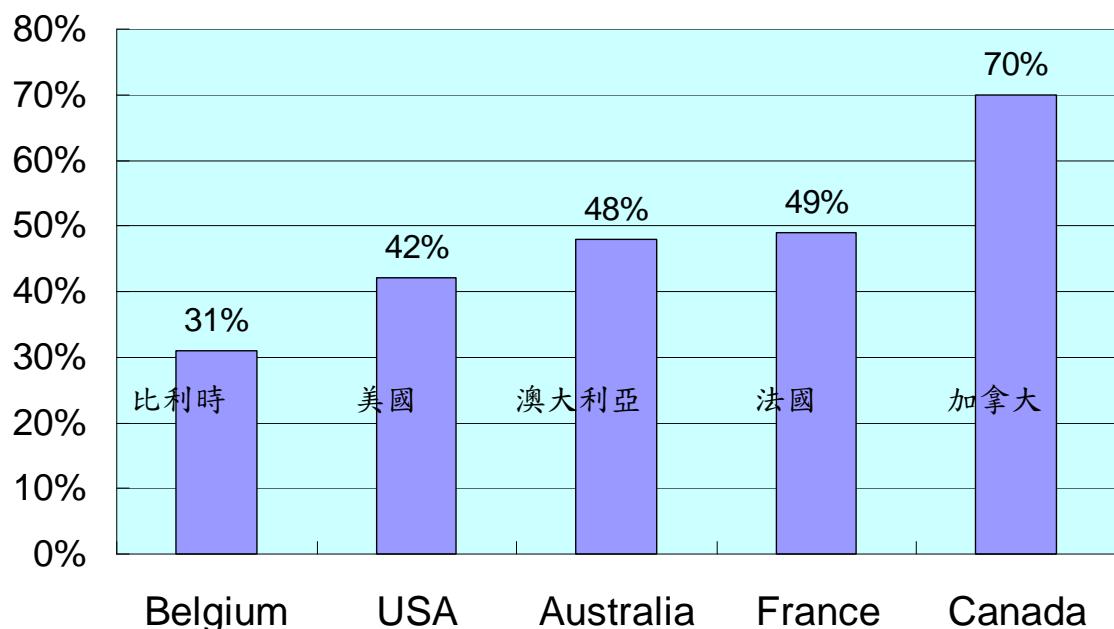
3. 朝向開放和整合性體系

這是一個超越中醫和西醫整合的議題。除了這兩個醫療系統，其他尚有許多傳統醫療系統，如印度傳統醫學(Ayurvedic medicine)、阿拉伯醫學(Unani medicine)、順勢療法(homeopathy)、整脊(chiropractice)等，在此只列舉幾項。一個開放和整合的醫療系統是可持續將其他的醫療系統整合成同一系統，因此在改善並擴充理論基礎時，同時也擴大了醫療資源。

4. 利用全球化所提供的機會

在經濟全球化的過程中，提供了對中醫的挑戰與機會。這些挑戰主要來自全球貿易與數個世界貿組織(WTO)協定，尤其是服務業貿易協定(GATS)和與貿易相關之智慧財產權協定(TRIPS)。這兩個協定將增加全球競爭的挑戰，主要包括西醫和其他醫療系統。另一項挑戰為與貿易相關之智慧財產權協定。當越來越多的生物科技公司積極地投資且尋找傳統醫學的專利時，假使台灣中醫的研究人員在全球競爭中不夠行動不夠快，就可能失去開發某些改善中醫的藥品的機會，讓其他在國際公司取得專利權。另一方面，這些全球貿易協定也為中醫帶來超越台灣邊界的機會。在數個經濟合作暨組織的國家(OECD, 高所得國家)中，已有大量比例的人口在使用不同的傳統或非主流醫療(traditional, complimentary and alternative medicine)，如下圖 2-7 所陳列。這些增加的需求，將給中醫改善和推廣其在國際間使用的機會。

圖 2-7 至少使用過一次非主流醫學(CAM)的人口百分比



來源：1998 年世界貿易組織

另外，在世界貿易組織領導下，許多國家已經發展把傳統醫學納入其醫療照護體系下的策略，如表 2-9 中陳列出。這項趨勢也給中醫提供其推廣於這些國家使用的新機會。

表 2-9 傳統醫學的國際性指標

	會員國	1999	2005
有傳統及非主流醫學國家政策的會員國	25	13%	25%
有草藥條列與法律的會員國	65	34%	40%
世界衛生組織非洲會員國中有專業認可傳統醫學執業者	21 (46)	45%	60%
會員國中有傳統醫學的國家研究機構者	19	10%	18%

〔2000 年世界貿易組織〕

(二)政策建議

1. 提供民眾資訊與提升基礎知識

成功的整合需要有高知識水準的大眾支持；這些高知識水準的大眾取決於大眾對傳統醫學的知識，以及傳統醫學資訊的可近性。如我們先前所討論的，台灣的政府在提供民眾資訊這方面已經做得非常好了。下個步驟是將這個資訊提供更高得水準，例如了解中醫的療效及特定疾病的中醫醫療品質的相對優

勢。

2. 整合性的全國藥物政策

藉由再定義與擴大藥物的概念，醫療照護制度可擴充其國內之醫療資源。進一步地，基礎藥物政策(Essential Drug Policy)和藥典應將傳統醫學包含於全國的基礎處方，將可大大改善中醫與西醫的可近性和降低費用。此外，政府可鼓勵或參予全國或地區性基礎藥物的採購及開發。

進一步研究的建議：理論研究

1. 採用整合性研究典範以探究與開發整合性醫療系統的新理論架構。
2. 發展新的整合性療效(efficacy)及醫療效果(effectiveness)之標準，
3. 發展新的健康“與“疾病”的整合性概念。

進一步研究的建議：政策研究

1. 評估全國關於傳統及非主流醫療系統的政策
 - (1)教育和訓練要求
 - (2)證照制度
 - (3)醫療行為的法規
 - (4)國家藥物政策
 - (5)整合政策
2. 研究傳統醫學的供給量
 - (1)執業者的數量與品質
 - (2)執業機構的數量與品質
 - (3)教育與訓練機構的數量與品質
 - (4)執業的費用與財源籌措
3. 研究傳統醫學使用的行為與型態
 - (1)有多少人使用？
 - (2)誰使用？
 - (3)為了何種健康況況？
 - (4)為何使用？
 - (5)誰付費？
 - (6)付多少錢？
 - (7)大眾的認知與偏好為何？
4. 研究世界貿易組織 WTO，服務業貿易協定 GATS，貿易相關智慧財產權協定 TRIPS，及國際專利法對傳統醫學之影響。

第三章 健康保險中醫醫療費用總額實施狀況

本章將分為四個段落分別陳述，分別為健康保險醫療費用總額之設計、中醫醫療費用總額協商與預算分配、健康保險中醫醫療費用總額變化趨勢與影響因素、中醫醫療費用地區總額的實施現況與問題等四個段落分別描述。

一、健康保險醫療費用總額之設計

台灣有鑑於公勞農保時代醫療費用上漲之壓力，及參酌歐美先進國家針對醫療費用上漲之策略，研擬總額預算制度。並將其規定納入全民健康保險法之中，期盼於適當的時機分階段與特定團體協商後分階段來實施，希望能有效的控制醫療費用的持續上漲。

台灣於 1995 年開辦全民健康保險，1998 年時的健保醫療支出為 2653 億，2006 年為 3861 億(中央健康保險局, 2007)，每年成長 9.37%。其不論在花費總金額上或花費成長率上，都是台灣社會重大的政治經濟議題。

為了有效的控制醫療費用的持續上漲，總額預算制度的及早實施成為必要之考量，但為了避免總額預算的實施對醫界衝擊過大，因此分階段分類別的試辦與實施有助於總額預算制度之機制的建立與問題之發現。

為了配合總額預算制度之實施有關於醫療給付費用協定及分配，依照全民健康保險法第四十八條規定，設置了全民健康保險醫療費用協定委員會，且依據全民健康保險法第四十九條規定，全民健康保險醫療費用協定委員會應於每年度開始三個月前，在行政院核定當年度醫療給付費用總額範圍內，協定健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用分配比例。門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師的門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。在全民健康保險法的第五十四條規定，總額得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之。

台灣的健保總額設定，大體而言可以用下列兩個公式來呈現：

$$\begin{aligned} E_{t+1} &= E_t [1 + (\text{非協商因素變動率}) + (\text{協商因素變動率})] \\ &= E_t [1 + (\Delta \text{POP} + \Delta \text{AGE} + MP_{t+1}) + (\Delta B + \Delta H + \Delta Q + \Delta P - \Delta PROD)] \end{aligned}$$

$$MP_{t+1} = [w1 \times W_{t+1}] + [w2 \times D_{t+1}] + [w3 \times F_{t+1}] + [w4 \times R_{t+1}] + [w5 \times CPI_{t+1}]$$

其中 E 為健保支出總費用， t 為當年度， ΔPOP 為投保人數年增率， ΔAGE 為人口老化率(以年齡性別醫療費用為加權)， MP 為醫療服務成本年增率，在醫療費用總額的協商設定過程中，上述 ΔPOP 、 ΔAGE 、 MP_{t+1} 三者也稱為「非協商因素」。其中 MP_{t+1} 的計算略為複雜，以上述第二個公式來表示，其中 $w1$ 至 $w5$ 為加權數，其總和為 1； W 為平均薪資年增率，

以非農業雇員薪資指數為計算基準；D 為藥品價格年增率，F 為設備價格年增率，這兩項均以躉售物價指數為計算基準；R 為房舍租金價格年增率，以消費者物價指數中的居住類房屋項為計算基準；CPI 為消費者物價總指數年增率(費協會、健保局, 2007)。

當初規劃總額之各類公式時，似乎企圖以較客觀的各類指標來作為其費用總額之決定，但等到牙醫醫療總額支付試辦時發現，要以這幾個簡單指標來涵蓋這些因素時並不容易，且有些指標其計算估計不易，如生產效率之提升率。因此牙醫及中醫設定醫療費用總額時，主要考量了投保人口的成長、投保人口組成結構改變對於醫療費用的影響率、醫療服務成本的改變率、保險給付範圍改變對醫療費用的影響、其他因素包括鼓勵醫療品質的提昇、醫療利用與密集度的改變，以及法令或政策改變等因素，作為分配公式之考量。

以德國、加拿大等各國實施總額預算之經驗，協商可能是較可行之辦法，在公式中以協商因素作為考量更能獲得相關醫事團體的支持，以順利推動總額支付制度。台灣因此並以各國經驗，在上述主要原則之外再加入其他「協商因素」，其原則如上述第一個公式的後段括弧所示。其中 $\triangle B$ 代表保險給付內容改變因素、 $\triangle H$ 代表民眾健康改善因素、 $\triangle Q$ 代表醫療品質及數量增加率、 $\triangle P$ 代表其他政策改變因素、 $\triangle PROD$ 則代表生產效率增加率。

表 3-1 醫療費用總額協商成長率(%)

年份	牙醫	中醫	西醫基層	西醫醫院
1998	8.00			
1999	8.00			
2000	(年度調整)	8.31		
2001	5.31	4.66	4.89	
2002	3.42	2.92	(年度調整)	5.15
2003	2.96	2.55	3.38	4.41
2004	2.99	2.76	3.05	4.53
2005	3.37	2.98	3.70	4.00
2006	2.93	2.78	4.68	4.90
2007	2.61	2.47	4.18	4.91

資料來源：費協會、健保局(2007)

上述原則在第二層次則區分為牙醫、中醫、西醫基層門診與西醫住院，並設置全民健康保險醫療費用協定委員會，於每年度開始前協定保險醫療給付費用總額，其歷年協商的結果見表 3-1。

二、中醫醫療費用總額協商與預算分配

本節主要區分為中醫總額實施初期之協商過程與結果、中醫總額之協

商內容、中醫總額之地理分配構想等三個小節分別陳述。

(一) 中醫總額實施初期之協商過程與結果

衛生署於 1999 年 5 月 5 日與中醫界共同成立「中醫門診總額支付制度推動小組」，歷經 3 次推動小組會議討論後，完成政策層面的規劃，並於同年 8 月 20 日交付費協會協議，支付服務對象為中醫師開立的門診服務及藥品，其中協定的總額涵蓋範圍包含中醫醫院、中醫診，以及西醫醫院附設中醫部門，但任何中醫醫療院所的教學成本不包含在內，以及新的山地離島服務獎勵方案。

中醫門診總額支付制度於 2000 年二月完成協定，並自 2000 年七月一日起實施。在此之前由於牙醫自 1991 年首先開始實施總額支付制度，運作模式已初步架構完成，因此牙醫的支付制度也自然成為中醫實施總額支付制度之參考依據。

中醫實施總額支付制度時程主要分為三個階段，包括：研議期、籌備期及實施期。在研議時期(第一期)，為商討中醫實施總額支付制度之可行性，健保局召集中醫團體及專家學者進行開會討論，商討實施之制度可行性，正式進入籌備時期(第二期)為 1999 年 5 月，衛生署與中醫界成立「中醫門診總額支付制度推動小組」，其中小組成員包含有中醫界代表、健康保險局、全民健保醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)、中醫藥委員會及專家學者等，歷經三次推動小組會議討論，針對政策層面進行規劃，中醫門診總額支付制度之審核由健保局負責行政審查，中醫團體負責專業審查，並訂定審查制度與遴聘審查醫師，於同年 8 月函請費協會就總額預算與分配方式進行協定，歷經六次委員會議及四次「中醫門診總額支付制度專案小組會議」討論，費協會於 2000 年 2 月完成中醫門診總額預算及地區分配方式之協定，並訂於 2000 年 7 月 1 日開始實施(第三期)。

其中，由於支付制度之改革需要諸多配套方案的實施才能完成，為利中醫界及健保相關單位後續在執行層面之規劃，中央健保局成立「中醫門診總額支付制度委員會」，負責執行層面相關法規、合約、須知之規劃及執行，並籌備委託中醫界進行專業審查之相關事宜，其委員組成與執掌由健保局會同中醫師公會全聯會共同討論。此外，為了掌理中醫門診總額支付制度執行層面之相關事宜，包括支付標準之研擬、審核制度之規劃、審查醫師之遴聘及輔導辦法等之相關規劃，中醫師公會全聯會組成「中醫門診總額保險委員會」，其相關決策應提報中醫門診總額支付委員會通過後始生效，該委員會下設有六區分會，負責各分局實際之醫療

服務專業審查作業，為了執行審查總額制度下健保特約醫療院所之醫療服務項目、數量及品質，該委員會與健保局共同組成「醫審會」，各分區設「醫審分會」，負責實際審查業務，醫審會擁有抽審之職權。

圖 3-1 則是針對中醫門診總額預算之組織及其分工之項目，圖 3-2 則是中醫師公會全聯會為使中醫門診總額支付制度順利實施，成立「中醫總額支付制度研議小組」及「中醫總額支付制度保險事件委員會」，中醫總額支付制度研究委員會為此幕僚單位，協助及訂定該制度相關辦法及規定。

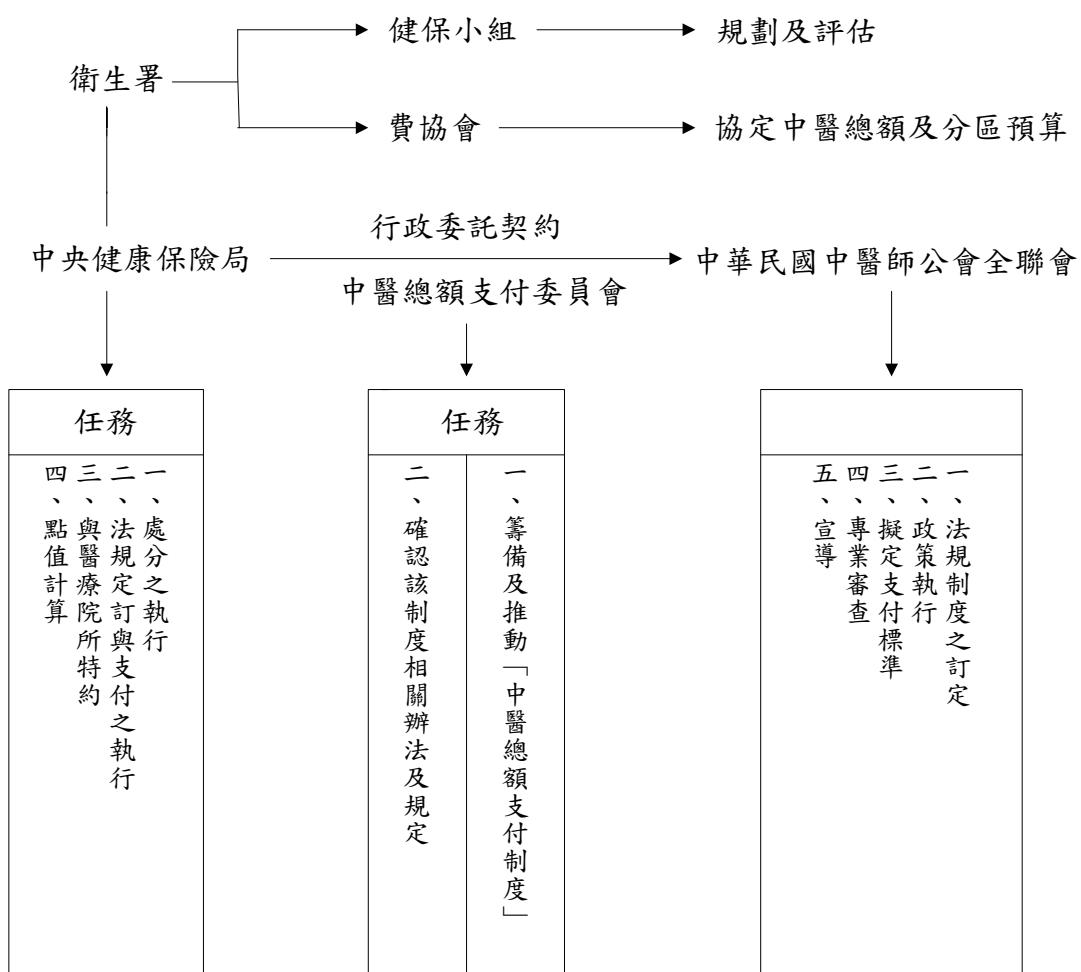


圖 3-1 中醫門診總額預算之組織架構

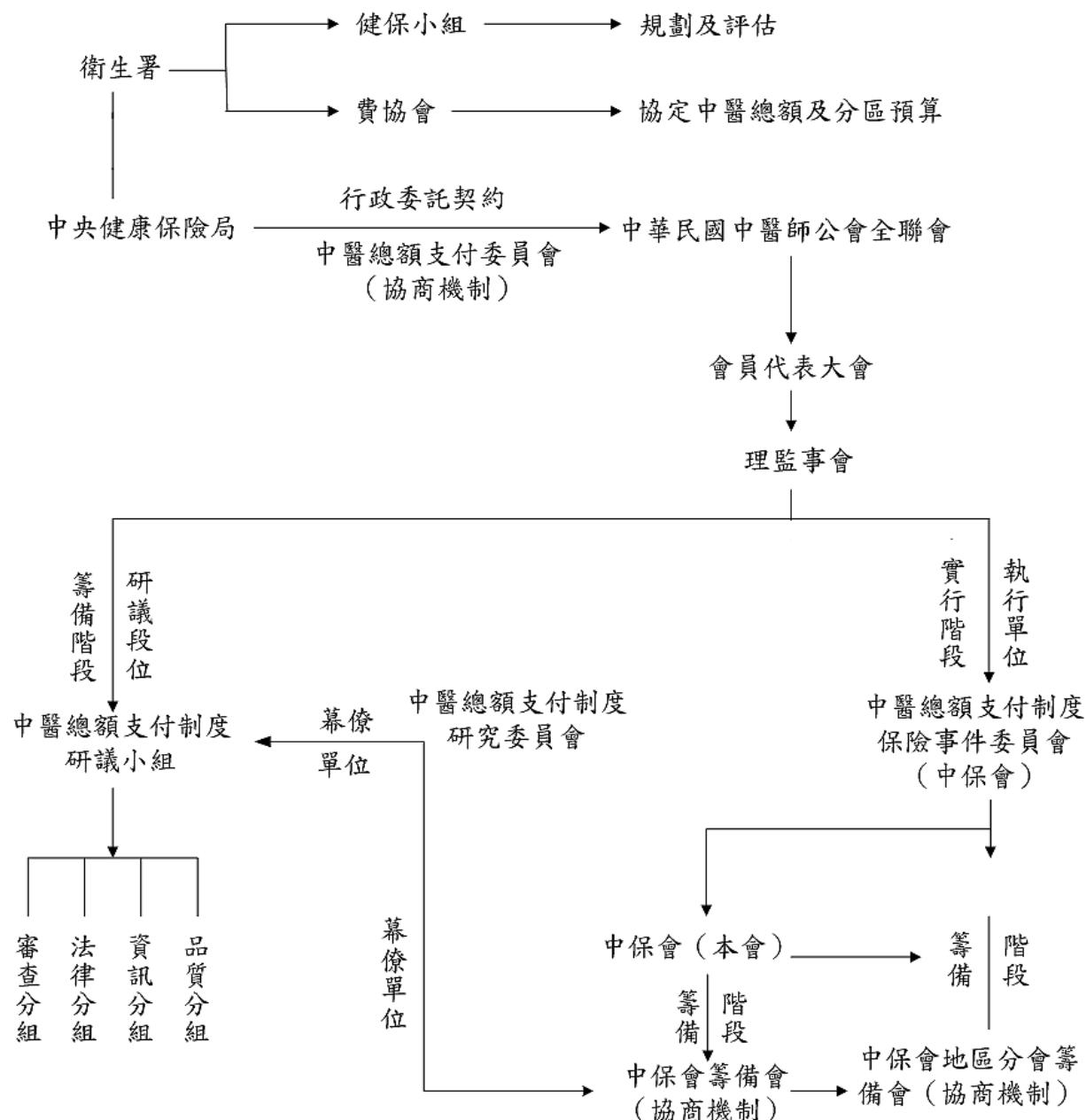


表 3-2 中央健康保險局與中華民國中醫師公會全聯會政策執行之分工表

分工項目	中醫總額保險委員會	中央健康保險局
1.支付標準之擬訂	●	
2.醫療費用審查與核付		
(1) 案件受理、平衡檢查、醫令檢查之執行、檔案分析之執行、抽樣通知與收件、暫付、核定		●
(2) 醫令檢查方式之擬定、檔案分析方法之擬定、抽樣方式之擬定、專業審查與品質促進	●	
(3) 付款		●
3.稽核及查處		
(1) 稽核及查處之建議	●	
(2) 稽核及查處之執行		●
4.申復及爭議審議		
(1) 申復案件之受理及付款		●
(2) 申復案件之審查	●	
(3) 爭議審議案件專業審查意見之提供	●	
(4) 醫療費用爭議審議案件之簽辦		●
(5) 權益爭議審議案件之簽辦	●	
5.自墊醫療費用核退		
(1) 受理、行政審查、核定及付款		●
(2) 專業審查	●	
6.總額支付之教育宣導	●	

註：全聯會下設中醫門診總額保險委員會，負責代表中醫團體配合健保局執行總額預算之相關事宜。

中醫門診第一年總額是由基期年費用加上協定的成長率。成長率的考量因素，包含人口結構改變、醫療物價指數改變、其他（如品質）等因素。至於保險對象人口的成長率，是以實際投保人口年增率為準。基期年採 2000 會計年度（1999 年七月至 2000 年六月），為避免 1999 年 921 震災效應及新制部分負擔實施的影響，乃以 1999 會計年度（1998 年七月至 1999 年六月）中醫門診醫療費用成長 5.83% 估算 2000 會計年度的每人醫療費用。第一年中醫門診醫療費用總額，較基期年成長率為 7.83%（其中投保人口年增率估計為 1.5%，其餘因素的成長率協定為 6.33%）。

中醫門診醫療費用總額協定結果，在醫療費用總額方面，以計畫施行前一年實付金額為基礎，加上協定成長金額（基礎金額乘上協定成長率）。在協定成長率方面，第一年（2000.7.1~2001.6.30）協定成長率為 7.83%，其中非協商因素（投保人口結構改變對醫療費用的影響率、中醫服務成本指數改變率）成長 5.83%，協商因素（預期保險給付範圍改變對醫療費用的影響、醫療品質改變、中醫利用或密集度的改變，及其他預期的法令或政策的改變）成長 2.00%。在預算分配方面，依健保分局轄區分為六區，並分八年以 5%、15%、25%、40%、55%、70%、85%、100% 比率，按保險對象人數校正分配。

中醫門診醫療給付費用總額第一期實施期間為 2000 年 7 月至 2001 年 6 月，為配合 90 年度起，依健保法規定，由主管機關報請行政院核定實施全民健康保險醫療給付費用年度總額範圍，各部門總額實施期程皆須定為每年 1 月至 12 月，因此第二期協定醫療給付費用總額為 2001 年 7 月至 12 月。

表 3-3 中醫門診醫療給付費用成長率協定結果（每人醫療費用成長率）

項別	期別 期程	第一期	第二期	2002 年度	2003 年度	2004 年度	2005 年度	2006 年度	2007 年度
		2007.7~ 2001.6	2001.7~ 2001.12	2002.1~ 2002.12	2003.1~ 2003.12	2004.1~ 2004.12	2005.1~ 2005.12	2006.1~ 2006.12	2007.1~ 2007.12
一般服務項目成長率%	—	—	—	—	—	—	—	2.72%	2.30%
-非協商因素	4.33%	1.68%	1.67%	1.20%	0.28%	1.68%	1.88%	1.52%	1.52%
人口結構改變率	0.39%	0.56%	0.463%	0.36%	0.61%	1.66%	0.67%	0.71%	0.71%
醫療服務成本指數改變率	3.94%	1.12%	1.24%	0.84%	-0.48%	1.02%	0.82%	0.52%	0.52%
投保人口年增率	—	—	—	—	—	—	0.39%	0.29%	0.29%
其他	—	—	—	—	0.15% ³	—	—	—	—
-協商因素	2.00%	1.32%	0.33%	0.87%	2.13%	1.04%	0.42%	0.42%	0.98%
鼓勵醫療品質提升	—	0.50%	0.33%	0.35%	1.43% ⁴	0.42%	0.30%	0.30%	0.00%
保險給付範圍改變	—	—	—	—	0.18% ⁵	0.30% ⁶	0.12% ⁶	0.12% ⁶	0.78% ⁹
利用與密集改變	—	—	—	—	0.35% ⁵	0.39%	—	—	0.20%
政策改變及政策誘因之改變	2.00%	—	—	—	—	—	—	—	—
醫療服務效率提升	—	—	—	—	-0.12%	-0.07%	—	—	—
其他	—	0.82% ¹	—	0.15% ²	—	—	—	—	—
專款項目預算（%，百萬元）	—	—	—	—	—	75.0	160.0	160.0	160.0
鼓勵醫療品質提升	—	—	—	—	—	—	85.0 ⁸	85.0 ⁸	85.0 ⁸
利用與密集改變	—	—	—	0.37%	0.29%	75.0	75.0	75.0	75.0
總計	6.33%	3.00%	2.00%	2.07%	2.41%	2.51%	2.78%	2.48%	2.48%

註：1.鼓勵醫療可近性改善

2.鼓勵中醫結合現代科技，提升中醫門診診斷的正確性，以加強服務，酌予鼓勵。

3.因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重複計算，將以打折方式一次納入（本會第 79 次委員會議）。

4.含中醫門診醫療品質提升計畫、加強感染控制及品質保留款。

5.鼓勵中醫結合現代科技加強醫療服務。

6.含擴大辦理中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務、中醫門診醫療品質提升計畫。

7.2005 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；2005 年以前，專款項目屬協商因素。

8.含腦血管疾病與禱之西醫住院患者中醫補助醫療試辦計畫及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

9.含支付標準調整、中醫初診患者提升診察品質照護計畫。

(二)中醫總額之協商內容

衛生署規劃之總額支付制度，係以保險對象需求面向作整體考量，亦即將人口的增加與老化、醫療服務成本的變動、新增給付項目（包含新醫療科技）、品質提升及整體經濟等因素都納入考量（表 3-3）。在非協商因素中包含自然成長率及醫療服務成本指數改變率，在協商因素中則包含有保險給付範圍或支付項目的改變、醫療品質與保險對象健康狀況提升、其他服務利用及密集度的改變及醫療服務效率的提昇，其中協商因素項目中的其他服務利用及密集度的改變，自然成長率（保險對象人數及其人口結構的改變）因為會反映部分保險對象就醫利用及密集度的改變，並會造成其影響，因此納入其因素考慮，包含考慮項目有三：第一、醫療資源缺乏地區因醫療資源增加後，該地區保險對象利用率或服務密集度的提升；第二、反映因醫療科技、診療型態或就醫型態的改變，對醫療費用的影響；第三、疾病發生率的改變對醫療費用的影響。

自 2003 年度起為鼓勵中醫師至無中醫鄉地區提供中醫巡迴醫療服務，並改善資源缺乏地區，因此在利用與密集度改變項目中提出無中醫鄉鎮巡迴醫療服務計畫，剛開始訂定目標數為 37 個巡迴點次，且逐年增加巡迴點次，以至少 45 個點計畫為執行目標，此方案需提出成效評估報告及辦理無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫，在經費部分 2005 年以前此項納在協商因素中，預算採專款專用，並以所需費用換算其費用成長率，2005 年後則不列入協商因素中，獨立劃分在專款項目，所需費用採金額計算，每年各 7 千 5 百萬元。

此外，為了促進主要照顧者對患者的居家照護能力、降低主要照顧者的生、心理負擔、提升主要照顧者的家庭生活品質，並減輕患者的醫療成本支出，因此自 2006 年度起開辦醫療照護試辦計畫，包含：腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫、小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，其計畫項目皆劃分在專款項目中，並得相互流用，金額總計為 8 千 5 百萬元。

此外，協商因素中的鼓勵醫療品質提升，自 2002 年度開始明訂品質保證保留款項目，此經費採專款專用，不與其他經費相互流用，其目的為鼓勵醫療品質提升，並確定中醫品質方案的執行成效，經評選結果酌給予鼓勵。

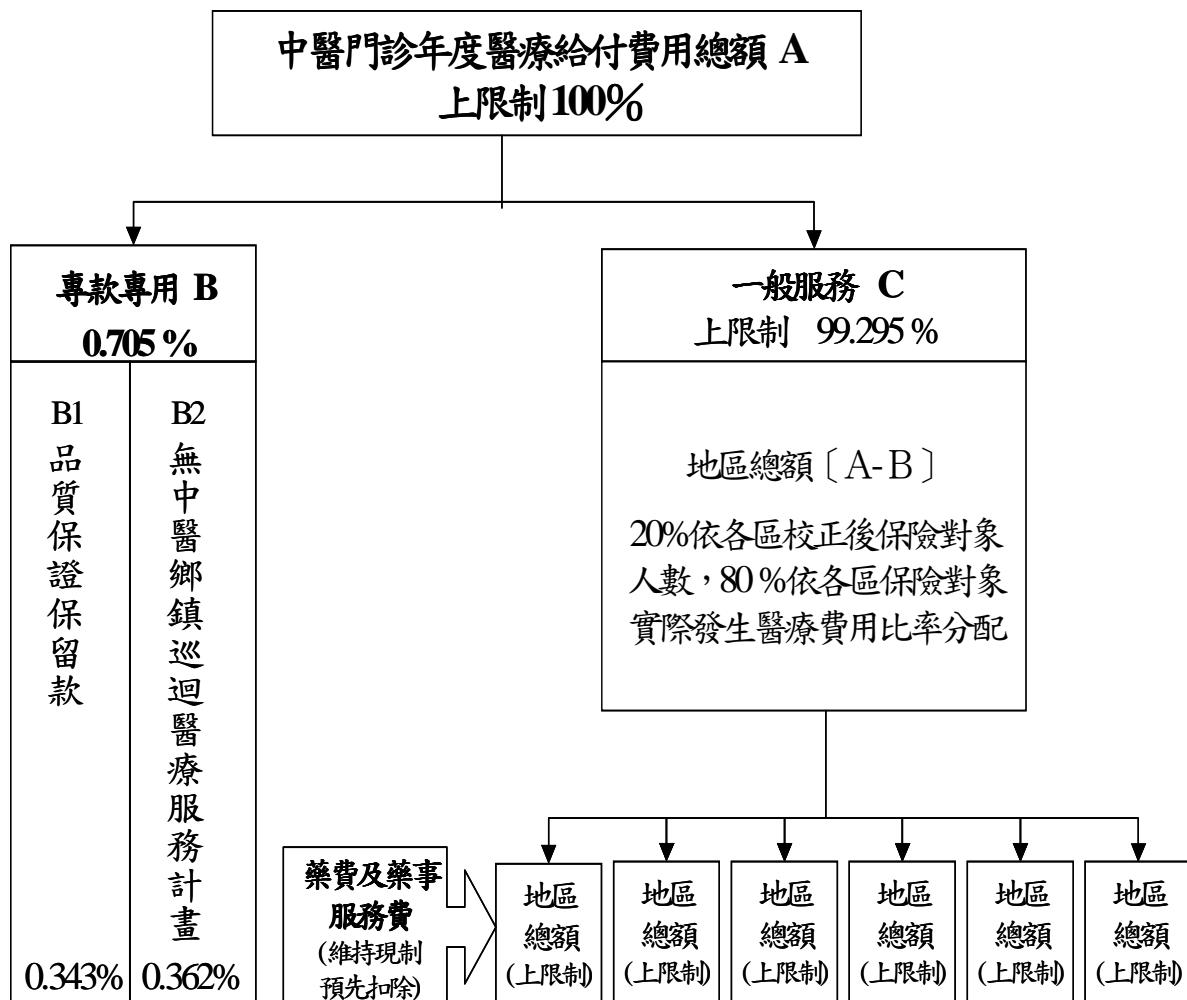


圖 3-3：92 年度中醫總額分配架構

中醫服務量因主要集中在中部地區，當地區預算持續地降低保險對象實際發生醫療費用比率時，造成中區的點值持續降低，到 2004 年第四季點值甚至降至 0.75，與中醫團體協商後，自 2006 年度起實施中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫，預算分配方式為預先扣除 2.22% 級東區，餘 97.78% 分配給其餘五區，五區預算 90% 依各區「2005 年實際醫療費用點數占率」，10% 依「各區 8 項指標表現」分配，除此之外，預算依實際就醫分局結算後，不再調整跨區就醫費用。

目前中醫總額比較令人爭議的在於專款專用的計畫。在中醫一般服務的成長無法與其他如西醫住院或西醫基層的前提下，中醫總額如果要維持一定的成長率，往往只能在專款專用的項目中提出新的醫療計畫才有機會。這些計畫包含無中醫鄉鎮巡迴醫療服務計畫、腦血管疾病與禱瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫、小兒腦性麻痺中醫優質照護試辦計畫、以及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫等等。

但中西醫很多地方是無法相提並論的，以無中醫鄉鎮的巡迴醫療服務計畫為例，中醫門診服務在台灣比較屬於補充性醫療服務，這一點與西醫門診屬於必要的基層服務不同。假設某一個鄉鎮有足夠的西醫師卻無中醫師，民眾的基本醫療需求還是有被顧及到，因此中醫醫療比照西醫基層，提出無中醫鄉鎮的巡迴醫療服務計畫，此舉也往往引起部分人士的討論。

此外例如腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫、小兒腦性麻痺中醫優質照護試辦計畫、以及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，這些試辦計畫到目前為止，還無法明確指出中醫醫療對這些疾病而言是否有實際的療效，加上這些臨床治療項目並未列入健保給付項目，而且許多服務項目僅能在中醫住院的項目下來申報費用。然而中醫住院服務項目在未來是否列入健保給付項目不得而知，其原因在於給付中醫住院後，是否能確保中醫住院服務的醫療品質，加上住院服務衍生的許多技術性的問題，都是目前無法突破的政策規劃內容。

(三) 中醫總額之地理分配構想

為促進醫療資源的合理分布，及保險對象就醫可近性與公平性，中醫門診總額支付制度總額預算的分配，依保險對象人數為基礎，按照健保局六個分局轄區分為六區，由於中醫醫療資源再六個分局分布差異甚大，因此中醫界爭取以八年為漸進過渡期間，第一年各區預算以 5% 按保險對象人數分配，亦即為各區校正「人口風險」的保險對象人數，95% 按實際發生的點數分配，亦即依中醫門診總額前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

依保險對象人數分配預算的比例，從第二年起逐年增為 15%、25%、40%、55%、70%、85% 及 100%。原則上以 8 年為期，逐步達成預算 100% 依據校正風險後之各區保險對象人數分配，圖 3-22 為 2003 年中醫總額分配架構，當年度預算分配為 20% 各區校正「人口風險」的保險對象人數，80% 中醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

這個八年的過渡期間也為日後的總預算實施，埋下政策爭論的基礎，此一爭論的背景與內容將於本章第四節中討論。

三、健康保險中醫醫療費用總額變化趨勢與影響因素

本節主要區分為中醫醫療費用變化趨勢與中醫醫療費用影響因素兩個小節分別陳述。

(一) 中醫醫療費用變化趨勢

表 3-4 為台灣歷年中醫門診及總申請健保醫療費用，為了比較上的方便，因此將醫療費用的變動差額，以及變動百分比分別列於表 3-5 及 3-6 中。

在醫療費用的計算方面，因為歷年全民健康保險統計報告中所使用的計算單位不同，亦即 2001 年之前在中醫門診申請及總申請醫療的統計數字以金額為單位，2002 年後則是以點數為單位，為統一以金額來做計算，因此本研究表 3-4 中 2002-2005 年的總申請醫療費用部分，分別是以中醫、牙醫、西醫醫院、西醫基層等各自每年的平均點值為基礎，乘以個別的總點數作計算，最後再將其加總為總申請醫療費用。

表 3-4 台灣歷年中醫門診健保醫療費用

年別	總申請醫療費用* (百萬元)	中醫門診件數 (千件)	中醫門診申請費用* (百萬元)	中醫門診費用佔總申請* (%)	中醫門診申請每件費用* (元)	平均點值
1997	241,484	25,692	10,150	4.20	395	1.00
1998	268,670	26,801	10,755	4.00	401	1.00
1999	291,369	27,566	11,152	3.82	405	1.00
2000	296,840	26,382	10,567	3.55	401	1.14
2001	311,547	26,473	11,006	3.53	416	1.17
2002	337,804	26,983	13,154	3.89	470	1.07
2003	344,560	29,486	13,824	4.01	461	0.95
2004	366,388	32,413	14,005	3.82	415	0.91
2005	372,795	31,718	12,434	3.33	433	0.95
年成長率 [†]	5.57%	2.66%	2.56%	-2.85%	1.15%	-0.6%

資料來源：1997-2005 全民健康保險統計

*未包含部分負擔金額

$$^{\dagger} \text{年平均成長率} = \sqrt[n]{\frac{Mt + n}{Mt}} - 1$$

表 3-5 台灣歷年中醫門診健保醫療變動差額†

年別	總申請醫療費用 (百萬元)	中醫門診件數 (千件)	中醫門診申請費用 (百萬元)	中醫門診費用佔總申請 (%)	中醫門診申請每件費用 (元)	平均點值
1997-1998	27,186	1,109	605	-0.2	6	0.00
1998-1999	22,699	765	397	-0.18	4	0.00
1999-2000	5,471	-1,184	-585	-0.27	-4	0.14
2000-2001	14,707	91	439	-0.02	15	0.03
2001-2002	26,257	510	2,148	0.36	54	-0.10
2002-2003	6,756	2,503	670	0.12	-9	-0.12
2003-2004	21,828	2,927	181	-0.19	-46	-0.04
2004-2005	6,407	-695	-1,571	-0.49	18	0.04

†變動差額 = $M_t - M_{t-1}$

表 3-6 台灣歷年中醫門診健保醫療波動變動率†

年別	總申請醫療費用	中醫門診件數	中醫門診申請費用	中醫門診費用佔總申請	中醫門診申請每件費用	平均點值
1997-1998	11.25	4.31	5.96	-4.76	1.51	0.00
1998-1999	8.44	2.85	3.69	-4.50	0.99	0.00
1999-2000	1.87	-4.29	-5.24	-7.06	-0.98	14.00
2000-2001	4.95	0.34	4.15	-0.56	3.74	2.63
2001-2002	8.42	1.92	19.51	10.19	12.98	-8.54
2002-2003	2.00	9.27	5.09	3.08	-1.91	-11.21
2003-2004	6.33	9.92	1.30	-4.73	-9.97	-4.21
2004-2005	1.74	-2.14	-11.21	-12.82	4.33	4.39
平均波動率‡	5.62	4.38	7.01	5.96	4.55	5.62

†波動變動率 = $M_t - M_{t-1} / M_{t-1}$ ‡平均波動率 = $\Sigma |x| / n$

例如 2005 年中醫平均點值為 0.95，其點數為 14,464 百萬點；牙醫平均點值為 0.99，點數為 27,461 百萬點；西醫基層門診平均點值為 0.86，點數為 231,383；西醫醫院平均點值為 0.90，點數為 146,608，將其加總後其總申請醫療費用為：

$$0.95*14464+0.99*27461+0.86*231383+0.90*146608 \\ =372795 \text{ (百萬元)}.$$

另外，在平均點值的計算部分，在 2000 年第二季以前，中醫因尚未實施總額支付制度，因此每點支付金額一點以一元計；2000 年第三季(7-9 月)開始實施總額支付制度後，每季皆結算一次點值數，在表 3-2 中所顯示的為該年的平均點值，例如：2005 年第一季點值(1-3 月)為 0.9626，第二季(4-6 月)為 0.9111，第三季(7-9 月)為 0.9453，第四季(10-12 月)為 0.9994，計算後平均點值為 0.95。

2000 年 7 月中醫開始實施總額支付制度後，至 2005 年為止，中醫門診申請費用差額最高的時間點發生在 2001-2002 年間，總共增加 21 億 4 千 8 百萬元(表 3-4)，但同期間中醫門診件數卻只增加 51 萬件 (表 3-5)，此一差距反映在 2002 年中醫門診申請的每件費用與 2001 相較差額達到 54 元(表 3-5)。

造成此一現象的可能原因有以下三個。第一個原因牽涉到支付標準的變動，支付標準的訂定是以相對點數來反映各項醫療服務項目（病例）之成本，每一項目（病例）之相對點數將預先公告，並以之作為向健保局申報之依據。歷年的支付標準相對點數由中醫師公會全國聯合會修訂之後，會提請健康保險中醫門診總額支付委員會討論後定案。為鼓勵醫師開具慢性病連續處方及山地離島地區服務，2002 年中醫及西醫皆調整支付標準，每位中醫師每日門診量在五十人次以下部分，均調增門診診察費十點，並大幅調高開具慢性病連續處方三十點、山地離島地區四十點，但對於每日門診量在五十一人次以上者，則酌予調降十至五十點。此一方案實施後造成當年度總點數大幅的增加，這個總點數的增加也就是表 3-4 和表 3-5 中的申請總金額增加的部分。

第二，健康保險各區每點支付金額(簡稱點值)的計算方式，為各區各季醫療費用總預算扣除越區就醫的總費用後，除以當地審核後就醫服務之總點數，因此當地區總額固定時，總點數越高相對點值越低。中醫自開辦總額制度後，其點值一直均高於西醫總額與牙醫總額，部分人士因此認為健康保險局支付中醫門診的費用相對而言可能過高。透過醫師診察費用支付點數的調整，表面上會使中醫總額的點數增加，同時使中醫總額的點值下降(2002 年下降 0.1 元，2003 年下降 0.12 元)，但實質上中醫門診支付的總金額卻未必會降低(2002 年仍比 2001 年增加 262 億)，同時中醫門診的總件數也未必增加(2002 年只比 2001 年增加 51 萬件)。中醫總額在 2002 年決議提高醫師診察費支付標準的行政手段，眼前的好處是可以使中醫總額是否過多的爭議減輕，未來的好處則是可以透過點值不高的事實，繼續爭取下一階段的中醫醫療費用的總金額。

第三個可能的原因，是逐年調整保險對象人數與實際發生金額兩者間的分配比例時，也會造成總點數因為計算基準改變所造成的變動。如果這個變動是朝向總點數增加的趨勢移動，則點值自然便低。以 2002 年該年度的地區預算分配而言，各區校正風險後之保險對象人數分配之比例由 5% 調整至 10%，各區保險對象

在基期年實際發生之費用比例由 95% 調降至 90%。2002 年時中區因受到調整保險對象人數分配的比例相對於其他地區而言改變最大，中區當年度的點值甚至降到 0.75，也因而也造成全台灣平均點值的降低現象。

此外，2002 至 2004 年每年都增加約兩百萬門診件數（表 3-5），直至 2005 年開始門診件數已有降低的趨勢（表 3-5），這種趨勢的可能解釋，是當各診所中醫師瞭解健保總額制度的遊戲規則之後，基於賽局理論的結果慢慢開始增加其門診件數的量，這種門診量增加的趨勢在 2002-2004 年達到最高峰。

但由於總體門診量增加的結果卻在事後導致點值的降低，此一趨勢反映在由 2003 年開始平均點值均不超過 1.0（表 3-4），這導致門診每件所申請的金額因點值的降低而有所降低（表 3-4）。

這種總額預算的賽局第一次出現在實施門診總額的德國。德國在 1975 至 1977 年期間開始自願式的門診預算控制制度，亦即由各別的疾病基金與醫師團體自行協商決定是否設定總額。1977 年德國通過健康保險費用控制法案（Health Insurance Cost Containment Act, Krankenversicherungs Kostendämpfungs Gesetz, KVKG），透過該法案實施單一支付點數表（Uniform Value Scale, Einheitlicher Bewertungs- Maßstab, EBM）（Henke, Murray, Ade, 1994），該點數表可以以兩種方式在論量計酬制度下運作，第一種是在設定總額的情況下作為相對點數來調整單一點數的金額，第二種是在未設定總額的情況下作為金額絕對點數來支付醫師。透過相對基準值的調整來降低過度利用的醫療項目，或鼓勵低度利用的醫療項目，並在不增加總體醫療費用的前提下，透過相對基準值的調整來對新的醫療科技提供誘因。例如支付點數表在 1987 年進行第一次重大調整時，便針對檢驗及放射服務作出調降點數的動作，來抑制其利用（Busse & Howorth 1999）。

德國由 1977 年起在門診部分搭配單一支付點數表實施自願式的總額預算，其結果是將門診醫療費用在 20 年之間控制在國內生產毛額（GDP）的 1.2% 左右，其占健保基金的比率在 1975 年為 19.4%，1988 年為 16.9%（Schwartz & Busse, 1996）。1988 年德國通過健康服務改革法案（Health Care Reform Act, Gesundheits Reform Gesetz, GRG），並於 1989 年實施，該法案使得自從 1975 年起所實施的自願式總額預算變成強制式總額預算，雖然預算總額仍然是由疾病基金與醫師團體之間協商而訂定，但協商的動作本身確是強制性的，而其最大的優點即是穩定健保費率。

上述門診總額實施的結果，門診服務的總量仍呈現相當程度的增加。如表 3-7 所示，門診服務在 1988 至 1992 的四年之間增加 32%，在 1992 至 1995 的三年之間增加 26%，而在相同期間醫師數量的增加只能解釋不到一半的門診服務量的增加，另外一半最可能的解釋則為賽局理論中的「囚犯的兩難」。亦即無論其他醫師的行為是什麼，各別醫師的行為決策就是透過擴大服務量來增加本身在總額之中的佔率。這樣做雖然符合各別行為的理性，但卻不符合集體行為的理性，因為在集體理性中每位醫師應該控制其各別的服務量，以保障單位服務量所支付的收益價格。德國在 1992 至 1995 年之間的單位門診服務價格下降 10%，而相同期間每位醫師服務量的增加剛好略低於 10%，造成每醫師的收入減少 1%，這種現象當然造成診所醫師的不滿。

表 3-7 德國實施門診總額預算在價量關係上的結果

	1988-1992	1992-1995	1988-1995
診所醫師人數	+ 12%	+ 15%	+ 29%
門診服務量	+ 32%	+ 26%	+ 67%
每位醫師門診服務量	+ 18%	+ 10%	+ 30%
醫師門診報酬	+ 34%	+ 13%	+ 51%
每位醫師門診報酬	+ 19%	- 1%	+ 18%
每單位門診服務醫師報酬	+ 1%	- 10%	- 9%

資料來源：Busse & Howorth (1999)

不過實施總額預算制度的過程畢竟不是單一賽局，而是多重賽局的結果。當中醫師團體，尤其是中醫總額執行委員會發現門診量增加與點值下降之後，合理的預期就是進行檢討並約束個別中醫師的中醫門診件數。不論是基於個別中醫師的內在自覺，或來自中醫師公會的外部約束，此一約束的力量顯現在 2005 年開始中醫門診件數明顯的減少(表 3-4)，2005 年的門診件數比 2004 年減少 695 人次(表 3-5)，亦即減少了 2.14% (表 3-6)，因而點值也相對地由 0.91 回復至 0.95 左右(表 3-4)。這些現象均與賽局理論的預期相符合，亦即在賽局中個人會就其所面對的環境，極大化個人的報酬，因此當中醫師們處在這場競局中，會不斷的修正行為使其獲利達到最高。

另外由 1997 至 2005 年，總申請醫療費用的年平均成長率為 5.57% (表 3-4)，中醫門診申請費用的年平均成長率為 2.56% (表 3-4)，亦即總體醫療費用的成長率高於中醫醫療費用的成長率，造成中醫醫療費用佔總體醫療費用的比率逐年下降(表 3-4)，由

1997 年的 4.20% 降到 2005 年的 3.33% ，平均每年下降 2.85% (表 3-4)。這是一個值得探討的現象。

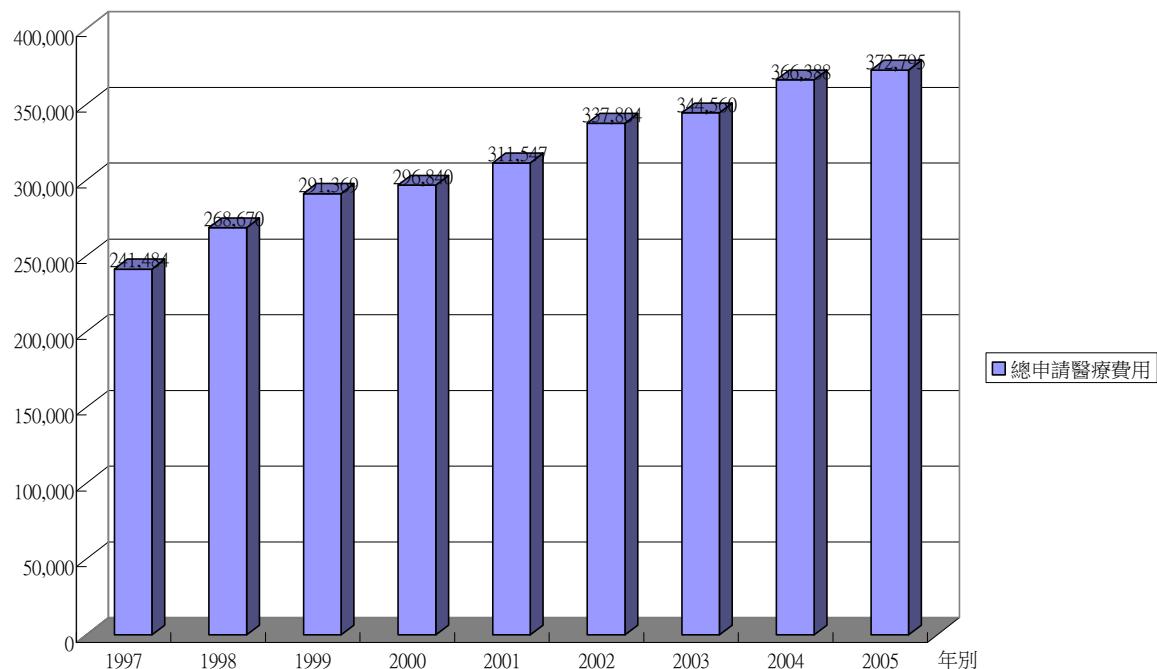


圖 3-4 歷年總申請醫療費用

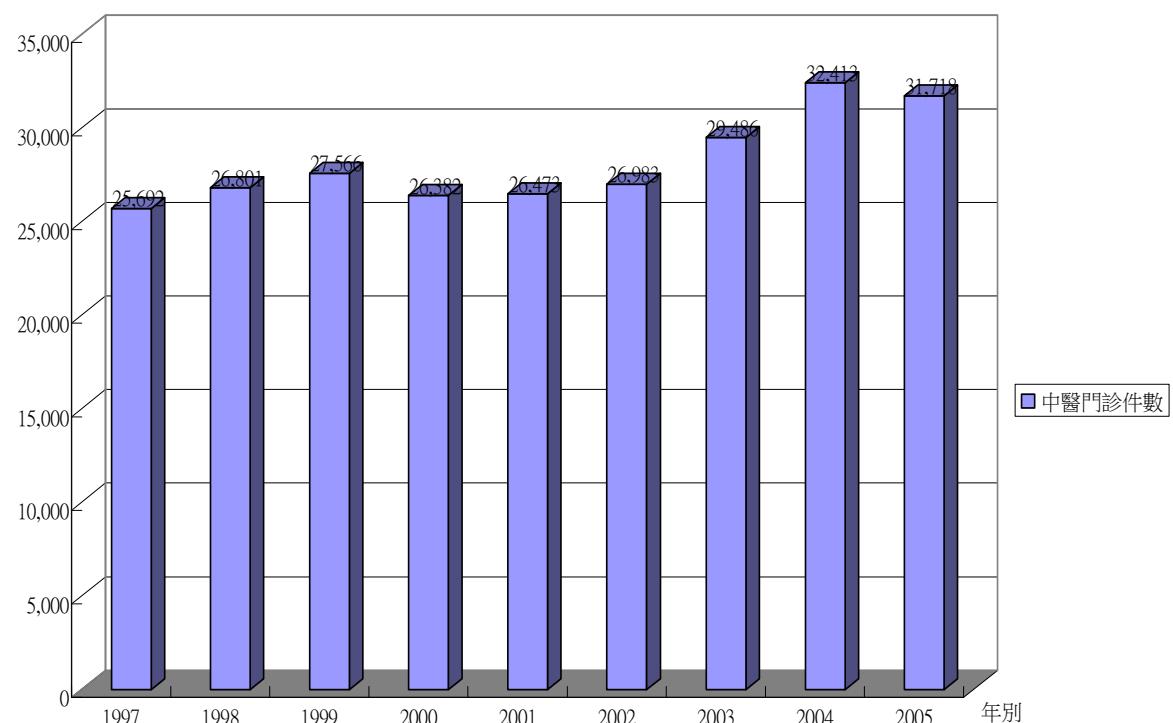


圖 3-5 歷年中醫門診件數

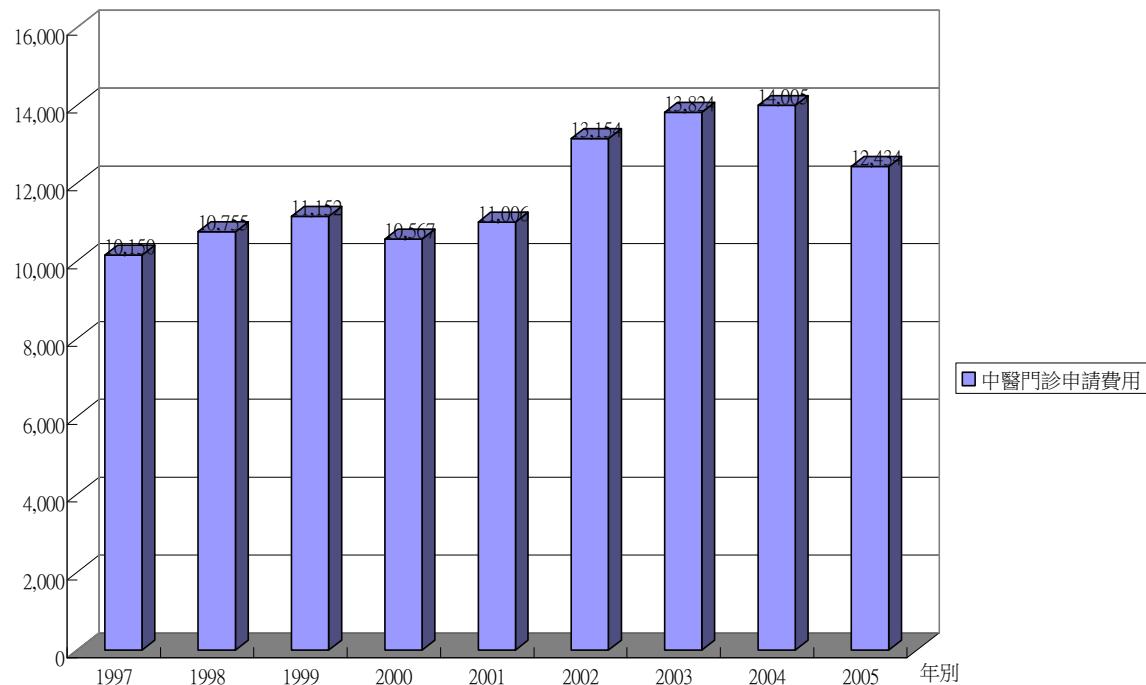


圖 3-6 歷年中醫門診申請費用

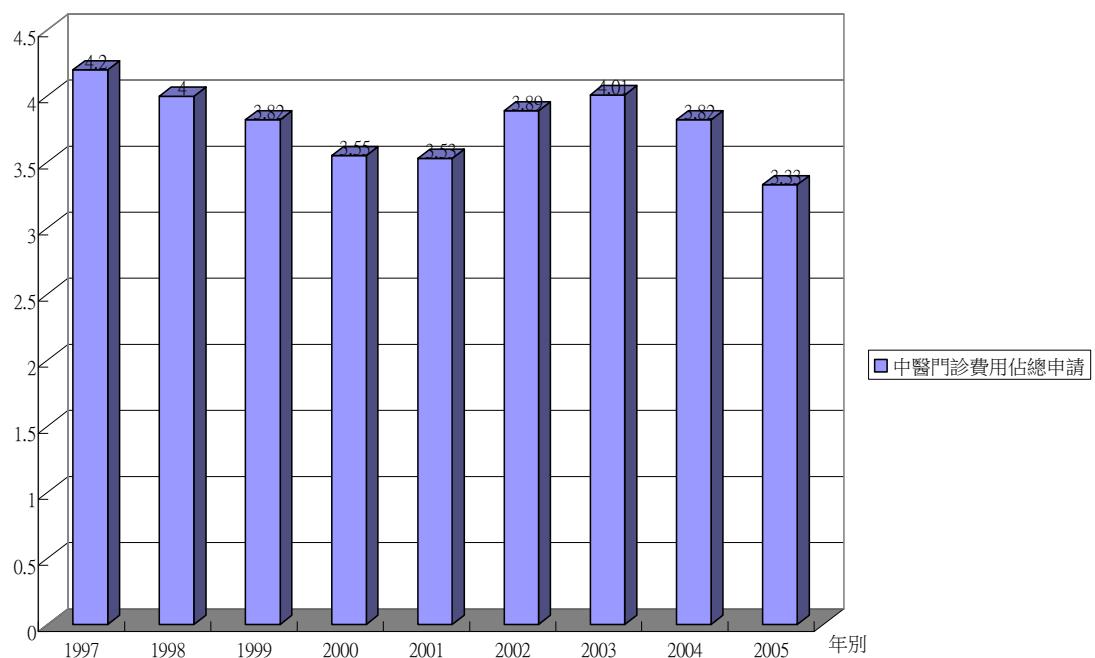


圖 3-7 歷年中醫門診費用佔總申請費用比例

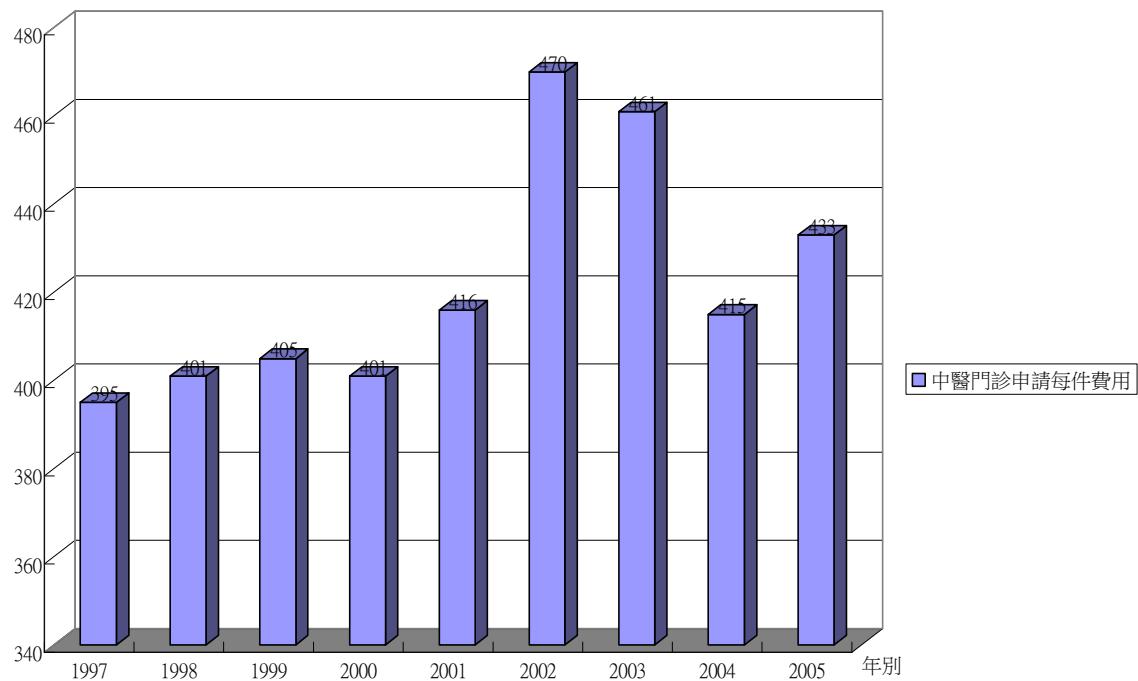


圖 3-8 歷年中醫門診申請每件費用

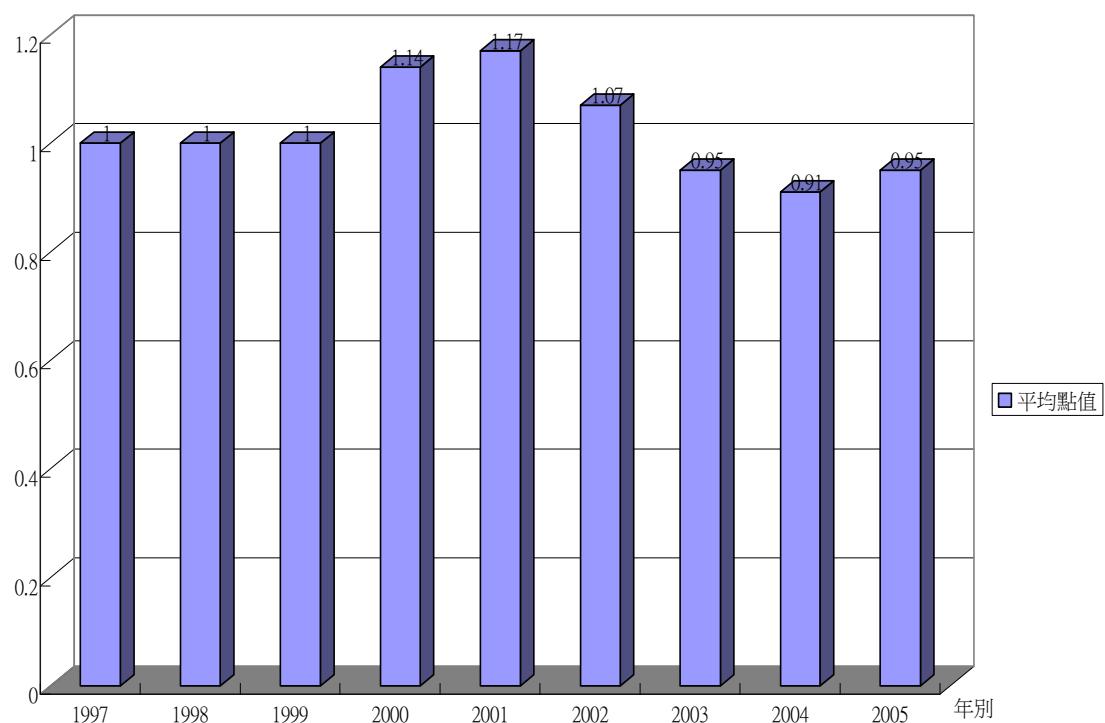
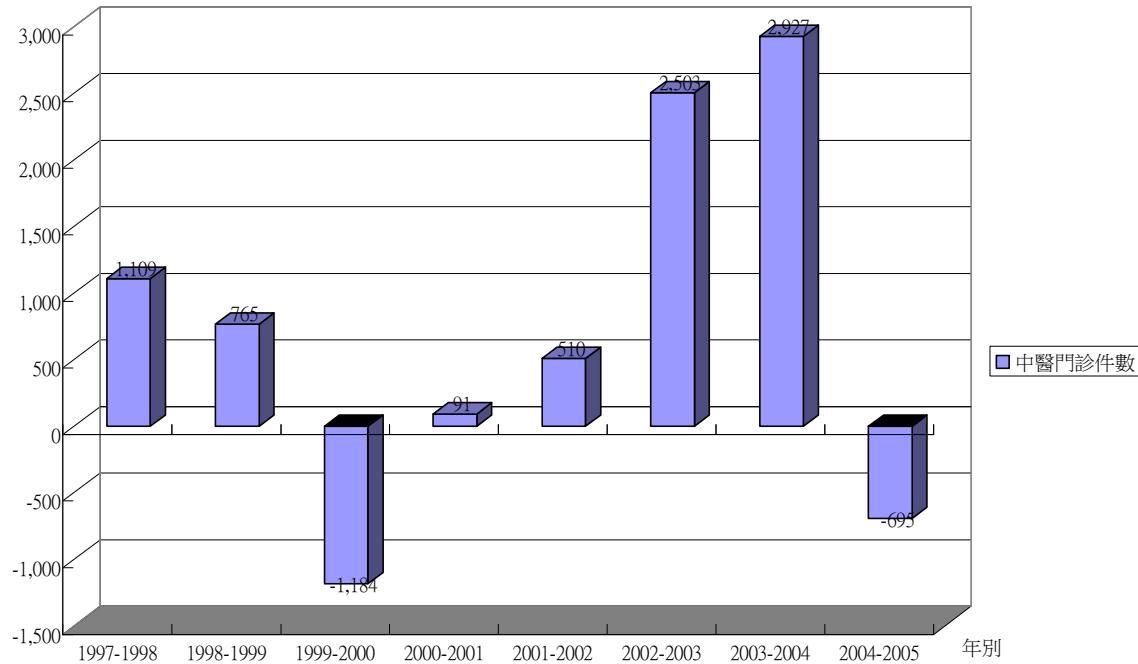
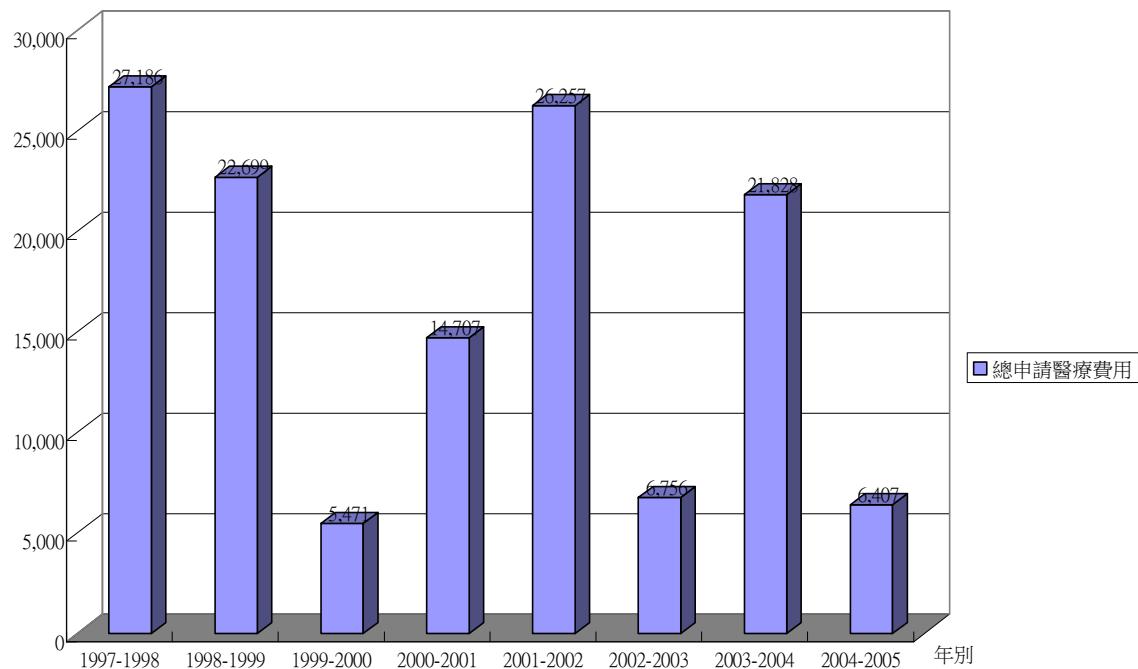


圖 3-9 歷年中醫平均點值



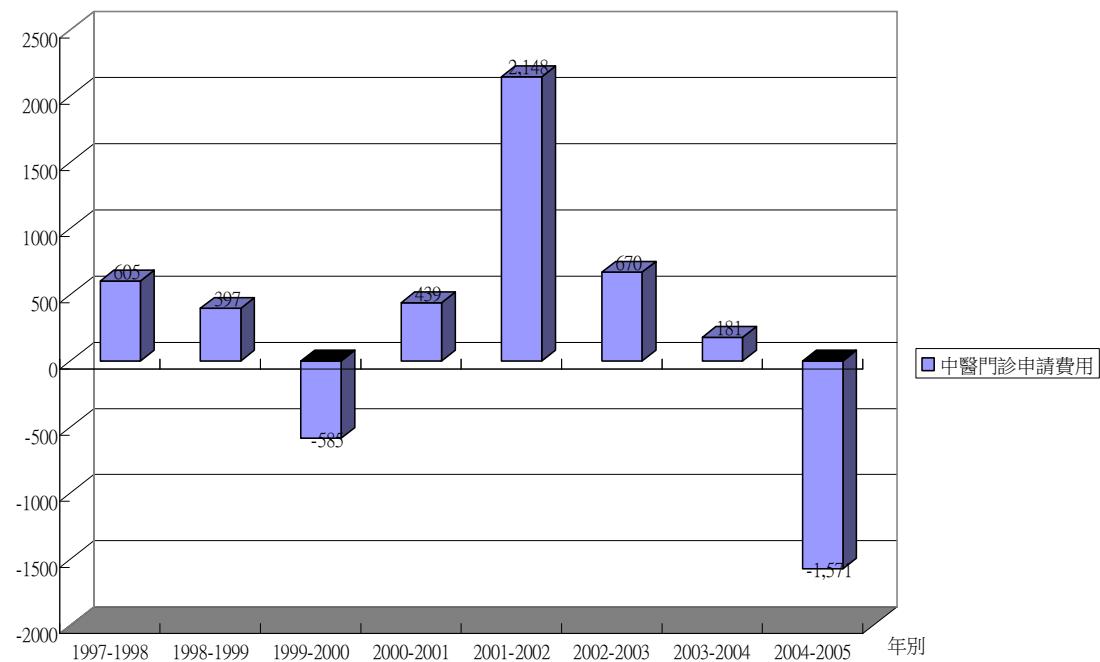


圖 3-12 歷年中醫門診申請費用之變動差額

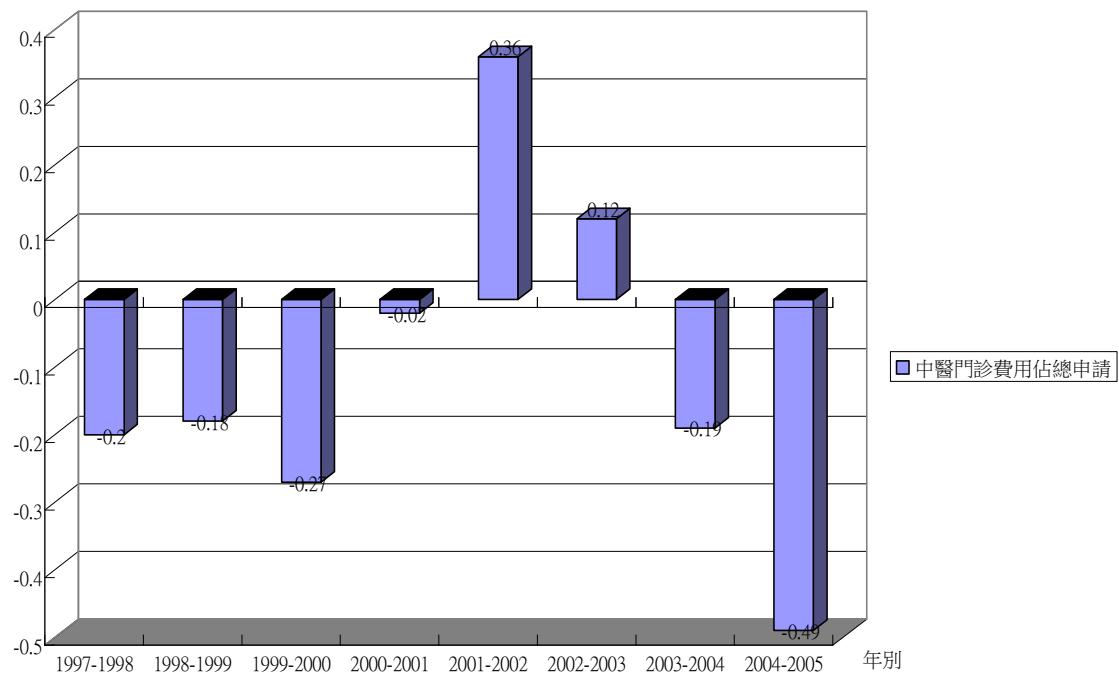


圖 3-13 歷年中醫門診費用佔總申請費用之變動差額

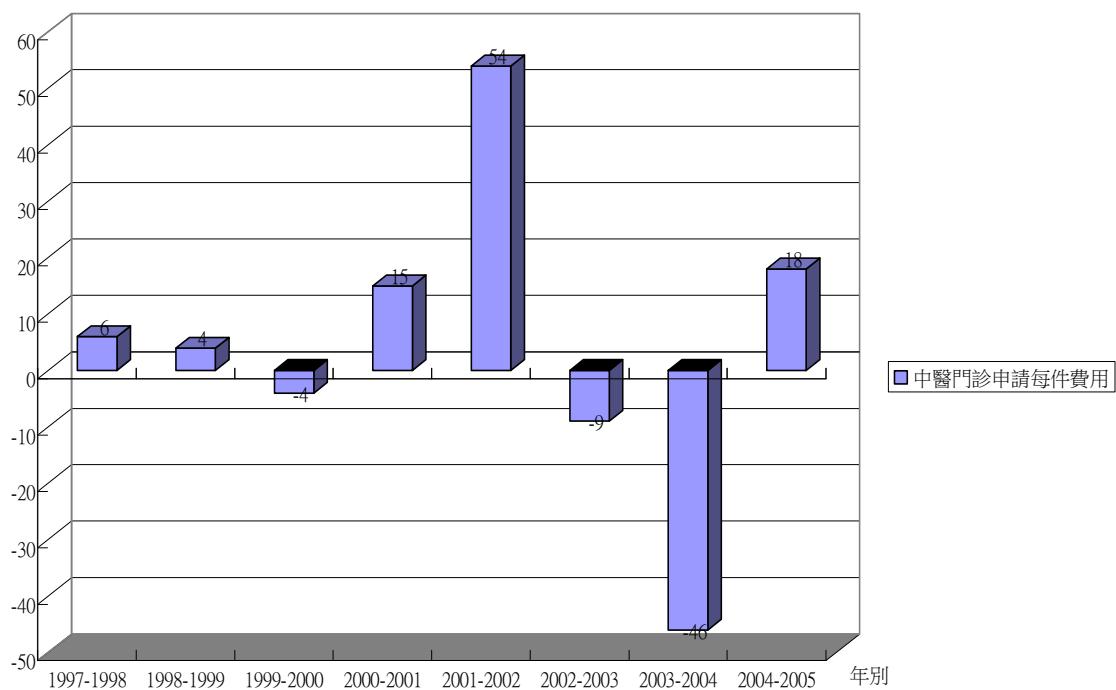


圖 3-14 歷年中醫門診申請每件費用之變動差額

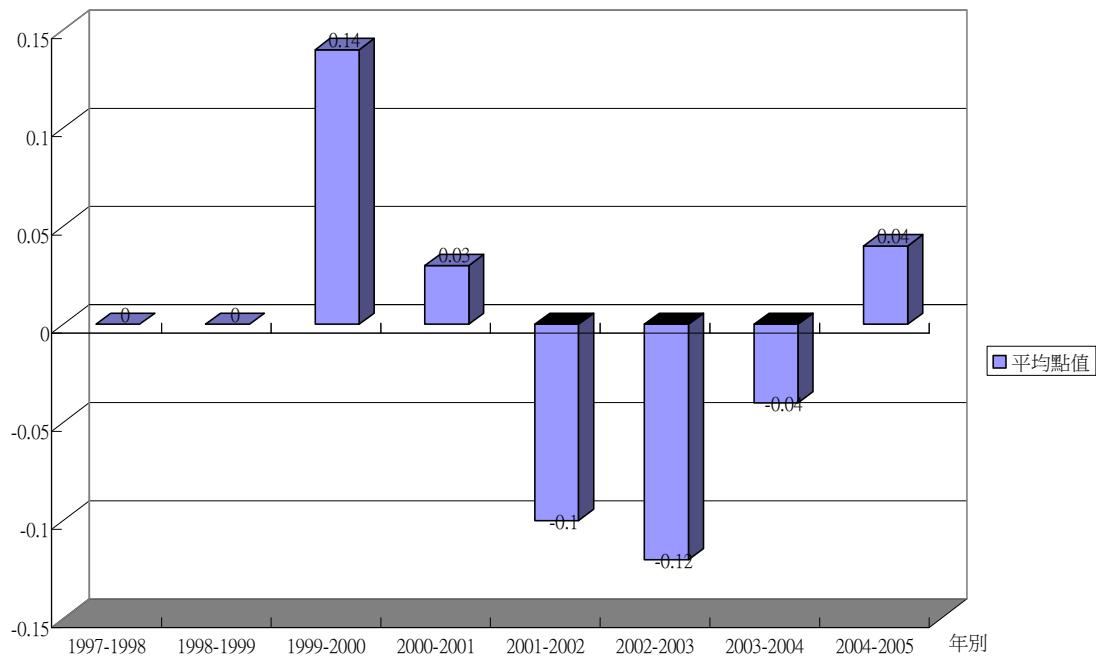


圖 3-15 歷年中醫平均點值之變動差額

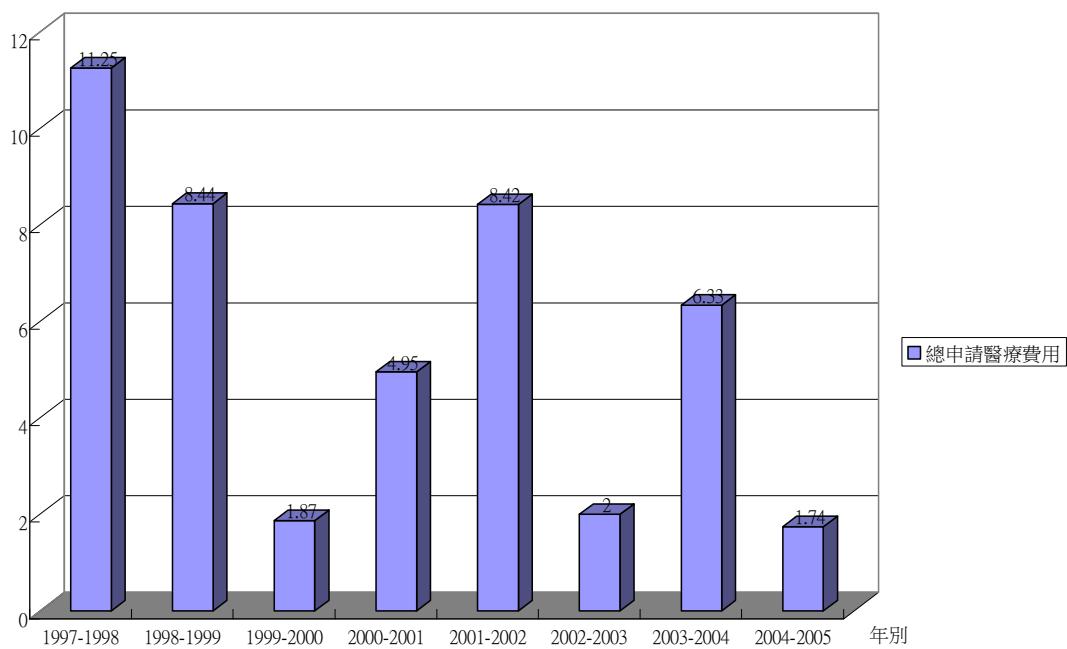


圖 3-16 歷年總申請醫療費用之變動百分比

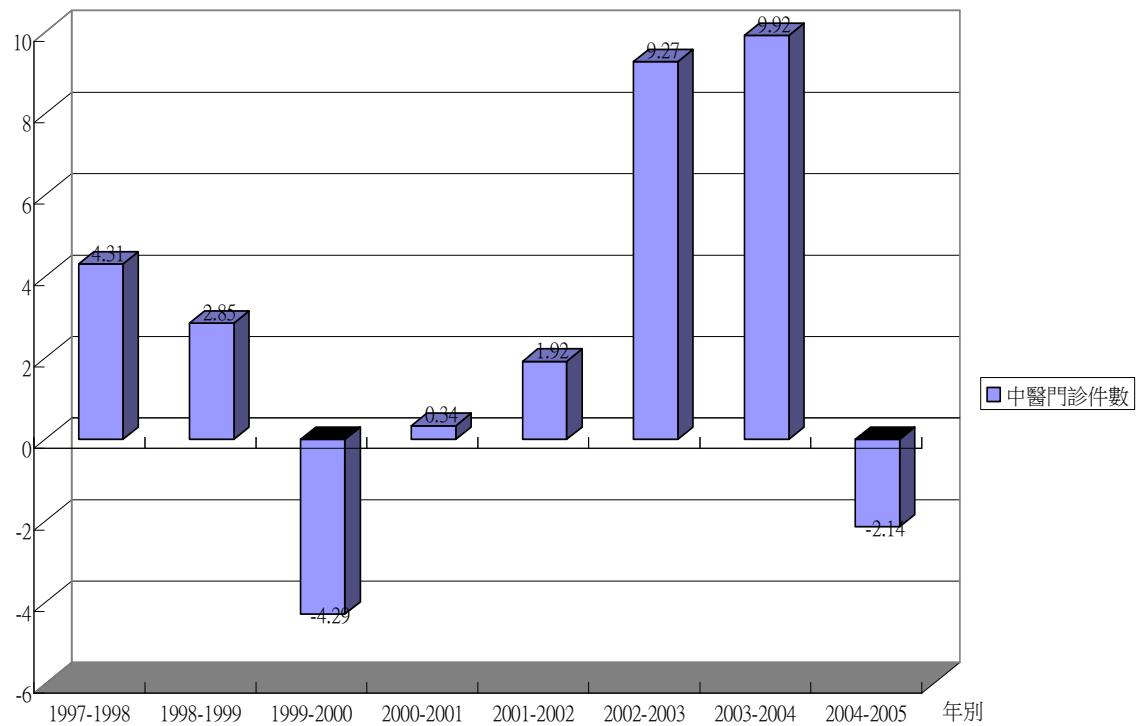


圖 3-17 歷年中醫門診件數之變動百分比

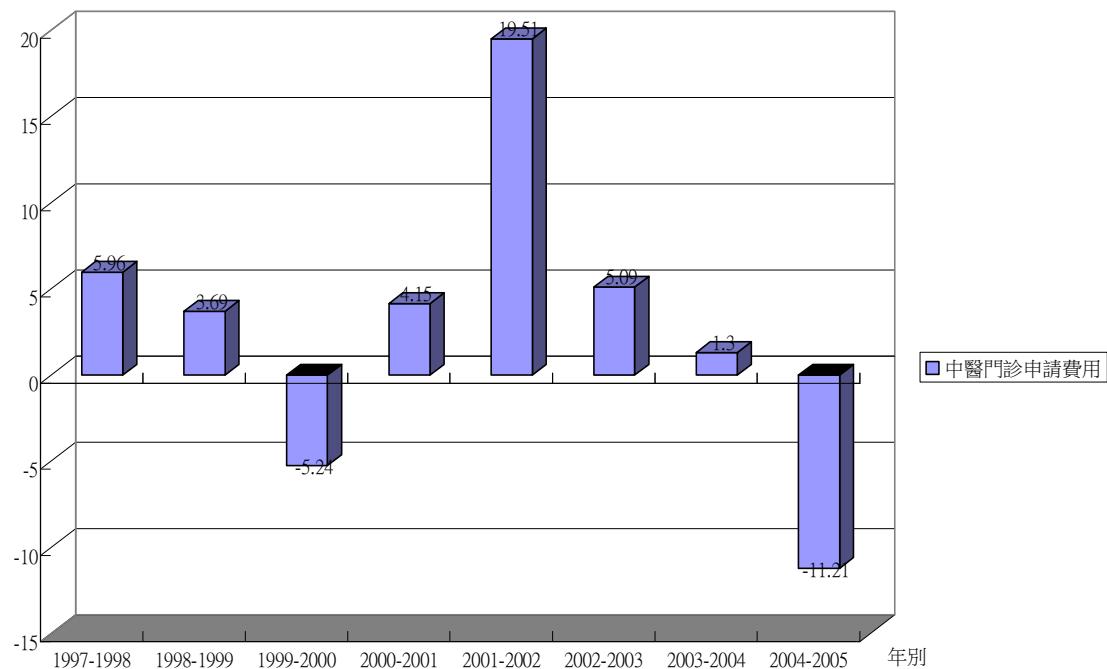


圖 3-18 歷年中醫門診申請費用之變動百分比

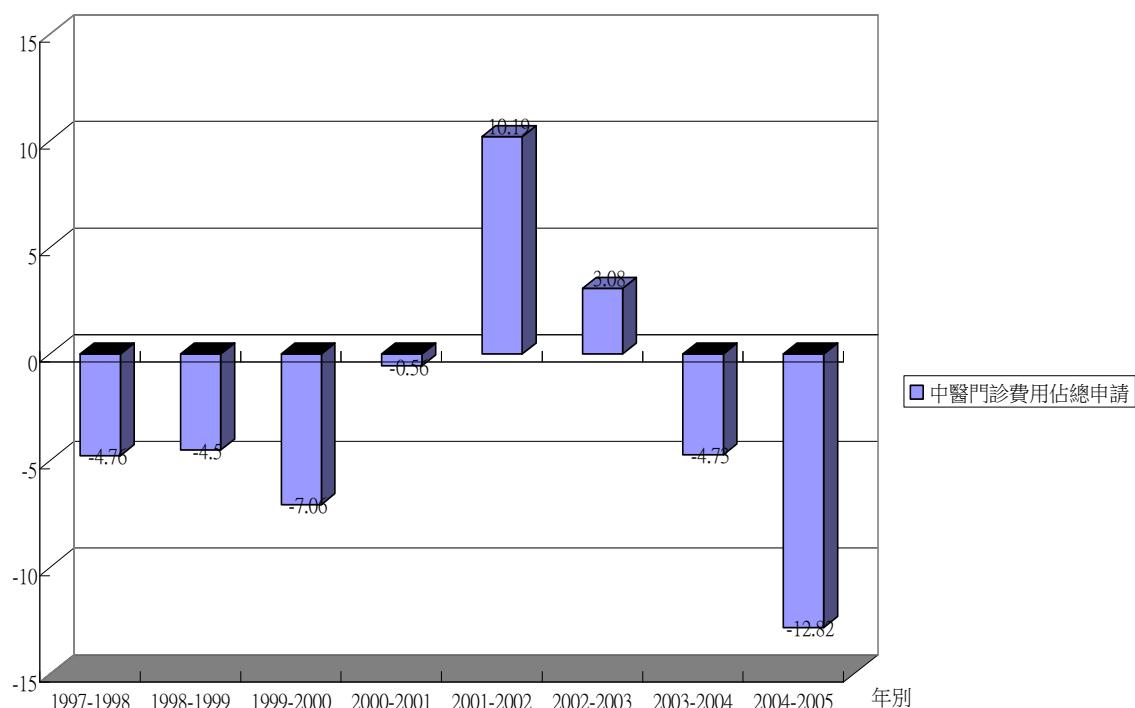


圖 3-19 歷年中醫門診費用佔總申請費用之變動百分比

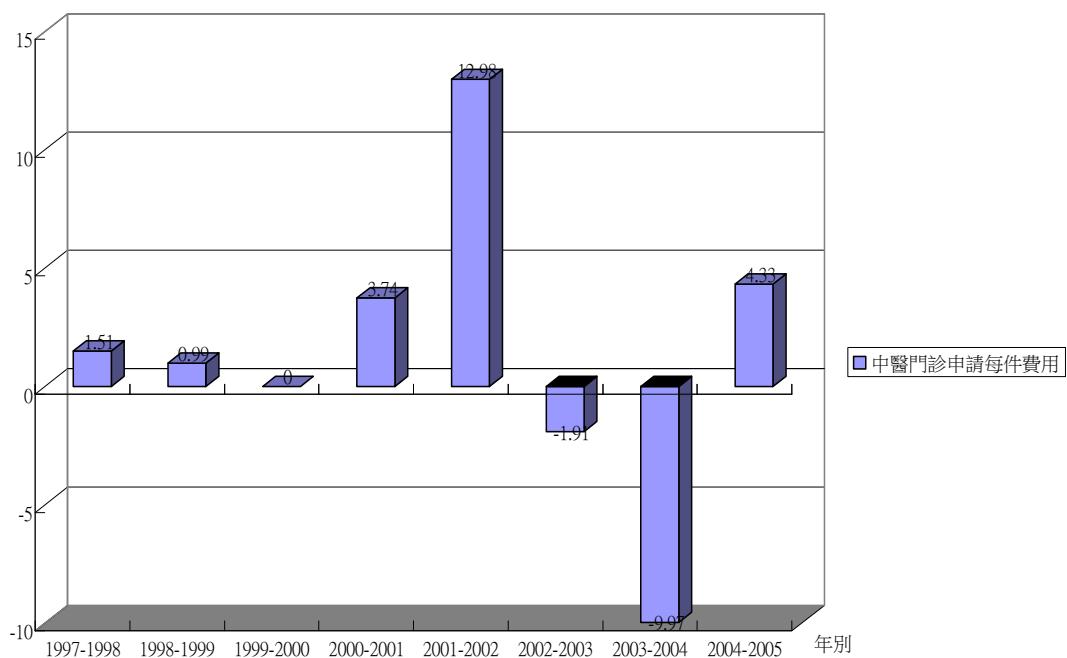


圖 3-20 歷年中醫門診申請每件費用之變動百分比

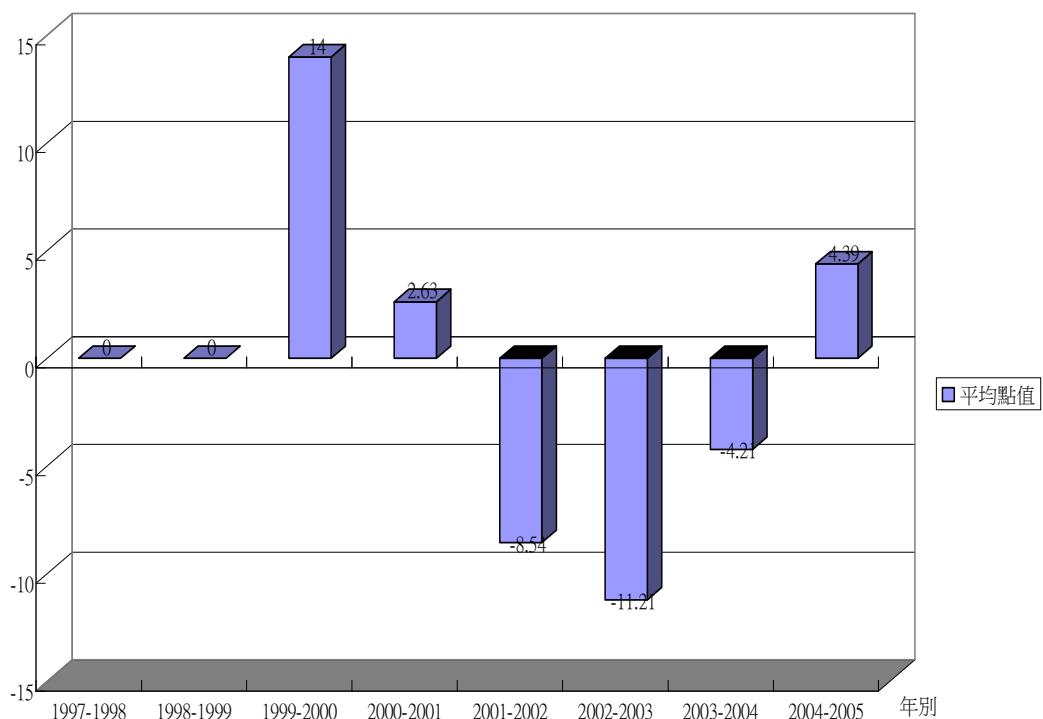


圖 3-21 歷年中醫平均點值之變動百分比

(二) 中醫與總額醫療費用成長的影響因素

表 3-8 顯示台灣國內生產毛額及醫療費用的成長趨勢，由於醫療費用的計算基準為醫療院所的申報金額而不是實際支付金額，因此實際的成長率略低於表 3-8 的計算。依據經濟學的定義，所得彈性大於 1.0 者為奢侈品(luxury goods)，所得彈性介於 0.0 至 1.0 者為必需品，所得彈性大於 0.0 者為正常財(normal goods)，所得彈性小於 0.0 者為劣等財(inferior goods)。如果以表 3-8 的計算結果作基礎，可以計算總體醫療費用的所得彈性為 2.58，中醫醫療費用的所得彈性為 1.19，兩者均屬於奢侈品，不過必須小心這僅僅是以短期所得變動所計算的結果，如果調整長期所得的變動狀況，其所得彈性可能變小，亦即中醫醫療可能成為必需品而非奢侈品。但無論如何，中醫醫療均很有可能是正常財而非劣等財。

表 3-8 台灣國內生產毛額及醫療費用

年度	GDP (百萬 US\$)	總體醫療費用申請 (百萬 NT\$)	中醫醫療費用申請 (百萬 NT\$)
1997	300005	241,484	10,150
1998	276105	268,670	10,755
1999	298757	291,369	11,152
2000	321230	296,840	10,567
2001	291694	311,547	11,006
2002	297668	337,804	13,154
2003	305624	344,560	13,824
2004	331007	366,388	14,005
2005	355958	372,795	12,434
年成長率 [†]	2.16%	5.57%	2.56%

$$年平均成長率 = \sqrt[n]{\frac{Mt + n}{Mt}} - 1$$

另一方面，雖然中醫醫療費用的成長速度不及總體醫療費用的成長速度，但中醫醫療費用的成長速度仍舊高於國內生產毛額的成長速度，即使中醫醫療費用的成長向下修正，其醫療費用的成長頂多只是略低於國內生產毛額的成長速度。

針對醫療費用的影響因素，部份學者傾向於強調病人因素，將醫療費用的影響因素區分為疾病發生率、文化人口學的因素，以及經濟因素(Feldstein, 2005)。部份學者強調醫師會代理病人，因此必須考慮供給面的影響(McGuire, et al, 1995)。部份學者則綜合將影響因素分為病人的與醫師的特質，其中病人的特質主要為

健康狀態、人口學特徵和經濟條件(Henderson, 2005)。部份研究則歸類為經濟因素與非經濟因素，其中非經濟因素包括病人喜好(影響因素有性別、種族、婚姻狀態)、健康折舊(影響因素如年齡和教育程度)、健康存量、以及醫療品質等，經濟因素則包括所得、價格、保險(Santerre and Nenu, 2000; Folland, et al, 2004; Jacobs, 2002)，以及病人的時間(Feldstein, 2005)。

這些因素對醫療費用的影響究竟以那一個最重要呢？如果將醫療費用的影響因素區分為疾病發生率、文化人口因素和經濟因素，其中文化人口學因素可以包括性別、年齡、婚姻狀態、家庭人口數、教育程度等。文化人口學因素當然是決定醫療費用的重要因素，不過這些因素對個人或對國家而言無法在短期之內改變，而且也極難成為國家公共政策的工具。人口老化通常是解釋醫療費用上漲的第一個因素，但是緩慢的人口老化實在很難解釋如此快速的醫療費用上漲。來自 20 個國家的資料分析顯示，1960 至 1988 年期間的醫療費用與人口老化有顯著相關，但是當所得與其他趨勢變項加以控制之後，年齡結構與醫療花費不再有顯著相關性 (Getzen, 1992)。年齡結構會影響一個國家之內醫療花費的分佈，但比較不會影響該國可用醫療經費的總額。醫療費用會成為一直增加的負擔比較是屬於政策與成本管理的問題，而不僅僅只是人口學的問題。

疾病發生率是解釋醫療費用的第二個因素，或者可以用更廣泛的健康需要來做為代表概念。以個人健康狀態來解釋醫療利用或醫療費用不但符合醫學理論的判斷，同時也符合大量的實證研究所得到的經驗。可惜的是這個優點僅僅局限於個體資料的分析，而與總體資料的分析結果相違背。在世界銀行的報告中 (The World Bank, 1993)，肯亞、奈及利亞和印度的平均餘命為 49 至 59 歲，新生兒死亡率介於千分之 6.7 至 9.0，這些國家的每人每年健康花費為 9 至 21 美元，佔國內生產毛額 2.7% 至 6.0%。反觀美國、日本和德國，平均餘命 76 至 79 歲，新生兒死亡率千分之 0.5 至 0.9，這些國家每人每年的健康花費為 1511 至 2763 美元，佔國內生產毛額 6.5% 至 12.7%。

在個體層級的分析中，醫療花費絕大部分能由個人健康狀態的差異所解釋，但在總體層級的分析中，健康狀態完全無法解釋不同國家的醫療費用差異。在上述世界銀行的分析報告中，高所得國家在 1990 年平均每人花費 1,860 美元在健康照護上，每千人口擁有 2.5 位醫師和 8.3 張病床，其平均預期壽命為 76 歲，半數

以上的死亡發生在 76 歲以後。相反的，位於非洲撒哈拉沙漠周邊的低所得國家平均每人健康照護花費 12 美元，每千人口有 0.1 位醫師和 1.4 張病床，平均預期壽命為 52 歲，半數以上的死亡人口發生在 6 歲以下的兒童 (Getzen, 2007)。

決定特定個人要花費多少醫療費用的因素(個體層級)，和一個國家透過政治過程決定醫療費用的因素(總體層級)，是全然不同的。這樣的探討隱含了經濟因素對總體醫療費用的重要影響，尤其是國民所得。在個體層級的分析中，經濟因素包含個人所得、醫療價格和病人的時間價值，其中病人的時間價值在總體分析中並不存在，而是以就醫等候時間的方式來呈現，但就醫等候時間一般係作為評估國家醫療系統的效率指標，而較少用來作為解釋醫療費用的變項之一。至於第二個經濟因素，醫療價格在健保的介入之後，價格已經失去其解釋大部分個體行為的功能，但在總體的分析中，價格會以物價指數或通貨膨脹的型式出現，並於時間序列資料中用來解釋醫療費用的上漲。不過由於通貨膨脹可以納入國民所得的計算之中，作為實值所得與名目所得的轉換因素，因此可以將醫療費用上漲因素的討論重點，集中在國民所得這個因素上。

在所得對醫療費用影響的實證研究當中，很不幸的其結果並不一致。對於個人或家戶而言，醫療費用的所得彈性接近零但大於零，顯示醫療照護是一種必需品(Grossman, 1972; Newhouse and Phelps, 1974; Muurinen, 1982; Wagstaff, 1986)；但在國家層級的實證分析結果，醫療費用的所得彈性往往大於一，大約在 1.3 左右，顯示醫療照護是一種奢侈品(Newhouse, 1977; Gerdtham, et al, 1992; Hitiris and Posnett, 1992; Murillo, et al, 1993; Getzen 2000a)。當國民所得提高時，它不僅提高了國民的付費能力，它也提高了這個國家所擁有的醫療科技水準，而這正是決定國家醫療費用的重要因素(Getzen, 2007)。

跨國的總體資料分析顯示，國家花費更多的錢來照顧人民的健康並不是基於人民擁有更多的醫療需要，而是因為這些國家有錢可花，這個現象清楚的顯現在世界銀行的報告中 (The World Bank, 1993)，以及以 1990 年代中期資料為基準的跨國性比較研究中 (Cichon, et al, 1999)。針對拉丁美洲及加勒比海國家的研究顯示，如果將公共與私人部門的醫療費用分開分析，則公共部門的醫療費用與國民所得呈現強烈的正相關，因此可以預期經濟成長會帶動醫療費用佔國內生產毛額的比率上升 (Govindaraj, et al,

1997)。也有報告顯示當國民所得增加時，公共部門的健康支出會取代私人部門的健康支出 (Murray, et al, 1997)，因此當國民所得增加，政府的健保計畫介入之後，影響公共決策系統如何決定醫療支出的因素便會比私人因素更具主導作用。

當公共部門的醫療費用成為國家醫療支出的主要部門時，醫療費用的主要財源來自國家的健保及稅收體系，此時國家需要一個決策體系來決定如何依據個人的健康需要來分配這些經費。保險政策和政府財政會保證其國民可以依據其健康需要而非其付費能力來獲得健康照護，個人的醫療利用在此時不會受限於其付費能力。然而對國家集體而言，保費收入及稅收的總額卻是國家付費能力的極限，當分析單位由個體轉移至總體時，醫療費用的決定因素也由醫療需要轉變為可用的所得 (Getzen, 2007)。

在一個國家之中，老年人口的醫療花費通常是該國年輕族群的二至五倍，但這不一定表示老年人口較多的國家一定會花費較多的醫療費用 (Getzen, 1992)？在世界銀行的報告中 (The World Bank, 1993)，英國的老年人口比率高於美國 (16% 與 13%)，在兩者的健康指標大約相當的前提下 (平均餘命 75 與 76 歲，嬰兒死亡率千分之 8 與 10)，英國卻花費比美國少很多的醫療費用 (1039 美元與 2763 美元)，其主要的原因最有可能是因為英國的每人國民所得較低的關係 (16550 美元與 22240 美元) (Getzen, 1991)。另一個可能的原因，則是制度設計的關係，Evans (1985, 1998) 認為醫療制度，特別是針對醫療供給者的支付制度與規範，是影響醫療支出的最主要因素。Reinhardt (1980, 1987) 也認為醫療供給者，特別是醫師，對醫療需求的誘發與操縱能力，是影響醫療支出的重要因素。

健康照護是奢侈品的研究結果早先由 Kleiman (1974) 提出，隨後由 Newhouse (1977) 提出更為顯著的研究成果，其他較早期的跨國性分析均顯示醫療照護的所得彈性介於 +1.18 和 +1.36 之間 (Parkin et al, 1987; Culyer, 1988; 1989)。在國際數據的比較中，文化因素、疾病盛行率、人口年齡結構、醫療照護的社會化程度、支付醫師的方式等等都不像國民所得那樣具有明顯的影響 (Maxwell, 1981)。不過跨國性的證據比較不容易說服某一個國家的政府，在決定其國家醫療費用的總額時還必須以其他國家的費用資料作為參照考量因素。因此，同一個國家之中時間縱斷面的分析便可以彌補這樣的弱點。

當國民所得降低時，醫療花費也不可避免的可能跟著減少，

只不過此一改變未必立即發生。基於生活形態的調整以及長期預期所得的修正都需要時間，個人或國家對所得變動的調適也有延遲，只是總體層級的調適往往牽涉到必須說服大眾進行組織結構或公共選擇的調整，而需要更長的時間。公共部門的運作由於大量依賴大眾的理解與專業的倫理責任，因此更不容易進行改革。健康照護花費因應所得改變的遲滯時間，總平均約 2.7 年 (Getzen, 1990)。緩慢與遲滯調整的好處是可以緩衝所得變動對經濟體系的影響，其壞處則是政府在稅收減少時仍必須維持醫療花費，在稅收增加時卻很難抗拒人民增加醫療支出的期望。

除了必須因應所得的變動之外，通貨膨脹是另一個必須在短期之內因應的現象，而且其因應也有延遲的現象。因應通貨膨脹的延遲，來自於醫療預算通常至少一年以前便已經設定，而且許多員工的工資合約通常也在一至數年前便已經簽定，加上對通貨膨脹率的預測不可能百分之百正確，這些落差都需要時間來調整。

依據上述的長期所得和通貨膨脹延遲調整兩個假設來推估美國的總體醫療費用，顯示最適於預測名目醫療費用變動率的變項，是過去 5 年和 25 年的國內生產毛額平均成長率，以及當年度 40% 的通貨膨脹率加上前一年 20% 的通貨膨脹率 (Getzen, 1990; 2000b)。在跨國性的時間橫斷面分析中，也可以發現 90% 以上的各國醫療費用差異可以被所得所解釋 (Newhouse, 1977)。

四、中醫醫療費用地區總額的實施現況與問題

本節區分為三個小節加以陳述，分別為：中醫師與中醫醫療利用的地理分佈、中醫地區總額的運作、以及中醫地區總額的議題。

(一) 中醫師與中醫醫療利用的地理分佈

由於地區總額的實施目的，在於希望透過地區總額的分配促成醫療資源分配的公平性，因此在陳述中醫醫療費用地區總額的實施狀況之前，有必要先瞭解台灣中醫醫療資源的分佈情形。

表 3-9 顯示台灣各醫療區域歷年中醫師人數，其中各醫療區域中醫師人數最多的縣市前三位依序為台北市、台北縣及台中市，各醫療區域中醫師人數最少的縣市前三位依序為金門縣、澎湖縣及台東縣，如果排除外島不算，則各醫療區域中醫師人數最少的縣市前三位依序為台東縣、嘉義縣和新竹縣。

不過由於各縣市人口不同，因此應該以中醫師人口比來計算醫療資源，從每萬人口中醫師人數來看 (表 3-10)，中醫師人口比最高的三個縣市依序為台中市、嘉義市和臺南市。但即使是這三個縣市的差距仍很大，中醫師人口比最高的台中市，每萬人口擁有

5.02 位中醫師，中醫師人口比次高的嘉義市，每萬人口擁有 2.97 位中醫師，兩者的差距為每萬人口 2.05 位中醫師。中醫師人口比最低的三個縣市依序為澎湖縣、金門縣和嘉義縣，如果排除外島不算，則各醫療區域中醫師人口比最少的縣市前三位依序為嘉義縣、台東縣和新竹縣，其中嘉義縣每萬人口擁有 0.92 位中醫師，中醫師人口比台中市為嘉義縣的 5.47 倍。

表 3-9 台灣各醫療區域歷年中醫師人數

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
台北分局									
台北市	490	483	521	515	555	582	619	645	647
基隆市	38	49	43	49	53	52	54	64	60
台北縣	447	466	472	507	572	565	605	636	636
宜蘭縣	47	51	51	47	46	52	53	52	55
金門縣	2	2	4	2	2	2	4	4	6
連江縣	—	—	—	—	—	—	—	—	—
北區分局									
新竹市	43	50	55	65	72	79	79	88	90
桃園縣	212	224	245	261	273	290	290	322	311
新竹縣	39	38	36	39	40	46	47	48	52
苗栗縣	64	65	63	69	73	75	79	85	87
中區分局									
台中市	431	459	459	479	494	486	511	542	548
台中縣	276	291	302	316	351	371	377	419	402
彰化縣	188	224	231	247	243	248	261	279	286
南投縣	91	88	92	85	92	90	87	95	89
南區分局									
臺南市	143	147	142	146	163	173	181	195	196
嘉義市	61	68	76	76	80	87	84	90	94
雲林縣	73	72	78	79	85	93	92	103	110
嘉義縣	44	39	39	50	43	47	47	45	51
台南縣	105	107	117	115	130	130	130	155	154
高屏分局									
高雄市	223	246	239	261	263	279	289	324	322
高雄縣	129	131	122	150	166	182	190	204	217
屏東縣	97	99	95	112	121	112	119	120	119
澎湖縣	3	3	3	5	4	5	5	6	7
東區分局									
花蓮縣	35	41	46	40	40	39	43	46	48
台東縣	18	18	15	18	18	16	20	21	23
總計	3299	3461	3546	3733	3979	4101	4266	4588	4610

資料來源：行政院衛生署

表 3-10 台灣各醫療區域歷年每萬人口中醫師人數

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
台北分局									
台北市	1.89	1.83	1.97	1.95	2.11	2.20	2.36	2.46	2.47
基隆市	1.00	1.28	1.12	1.26	1.36	1.33	1.38	1.63	1.53
台北縣	1.31	1.35	1.34	1.42	1.58	1.55	1.65	1.72	1.70
宜蘭縣	1.01	1.10	1.10	1.01	0.99	1.12	1.14	1.12	1.19
金門縣	0.39	0.39	0.77	0.37	0.35	0.34	0.66	0.62	0.85
連江縣	—	—	—	—	—	—	—	—	—
北區分局									
新竹市	1.22	1.40	1.52	1.76	1.93	2.09	2.06	2.27	2.30
桃園縣	1.31	1.36	1.45	1.51	1.55	1.62	1.59	1.74	1.65
新竹縣	0.92	0.89	0.83	0.89	0.90	1.02	1.02	1.03	1.09
苗栗縣	1.14	1.16	1.13	1.23	1.30	1.34	1.41	1.52	1.55
中區分局									
台中市	4.78	5.00	4.88	4.96	5.02	4.88	5.06	5.31	5.31
台中縣	1.91	1.98	2.04	2.11	2.34	2.45	2.48	2.74	2.62
彰化縣	1.45	1.72	1.77	1.88	1.85	1.88	1.98	2.12	2.17
南投縣	1.66	1.61	1.69	1.57	1.70	1.66	1.61	1.76	1.66
南區分局									
臺南市	1.99	2.04	1.95	1.99	2.20	2.32	2.41	2.58	2.59
嘉義市	2.32	2.59	2.87	2.86	2.99	3.25	3.12	3.33	3.46
雲林縣	0.97	0.96	1.05	1.06	1.14	1.25	1.24	1.40	1.50
嘉義縣	0.78	0.69	0.69	0.89	0.76	0.84	0.84	0.81	0.92
台南縣	0.96	0.97	1.06	1.04	1.17	1.17	1.17	1.40	1.39
高屏分局									
高雄市	1.55	1.68	1.62	1.75	1.76	1.85	1.91	2.14	2.13
高雄縣	1.05	1.07	0.99	1.21	1.34	1.48	1.54	1.65	1.75
屏東縣	1.06	1.09	1.05	1.23	1.33	1.24	1.32	1.33	1.32
澎湖縣	0.33	0.34	0.34	0.56	0.43	0.54	0.54	0.65	0.76
東區分局									
花蓮縣	0.98	1.15	1.29	1.13	1.13	1.11	1.22	1.32	1.38
台東縣	0.71	0.72	0.61	0.73	0.74	0.66	0.82	0.87	0.96
平均數	1.52	1.58	1.61	1.68	1.78	1.82	1.89	2.02	2.02

資料來源：行政院衛生署

表 3-11 台灣各醫療區域歷年每一位中醫師服務人數

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
台北分局									
台北市	5303	5466	5070	5139	4746	4539	4244	4066	4044
基隆市	9983	7798	8958	7927	7377	7528	7264	6130	6529
台北縣	7652	7424	7438	7037	6312	6445	6077	5830	5875
宜蘭縣	9928	9130	9118	9898	10126	8925	8741	8890	8392
金門縣	25540	25530	12933	26916	28479	29467	15246	16114	11711
連江縣	—	—	—	—	—	—	—	—	—
北區分局									
新竹市	8181	7125	6581	5668	5185	4795	4847	4397	4341
桃園縣	7615	7370	6903	6638	6458	6181	6283	5755	6046
新竹縣	10813	11263	12049	11275	11158	9841	9772	9734	9186
苗栗縣	8755	8613	8886	8112	7680	7477	7100	6596	6436
中區分局									
台中市	2093	2000	2049	2016	1991	2051	1975	1884	1885
台中縣	5246	5043	4905	4729	4280	4075	4033	3644	3815
彰化縣	6903	5810	5652	5306	5407	5307	5044	4720	4601
南投縣	6008	6203	5913	6371	5889	6014	6211	5668	6036
南區分局									
臺南市	5020	4910	5127	5032	4545	4307	4142	3871	3862
嘉義市	4309	3868	3488	3502	3350	3079	3209	3004	2890
雲林縣	10300	10403	9567	9410	8748	7987	8049	7153	6667
嘉義縣	12902	14506	14427	11246	13102	11966	11924	12398	10924
台南縣	10440	10283	9434	9632	8518	8520	8514	7133	7182
高屏分局									
高雄市	6440	5944	6174	5711	5682	5410	5223	4669	4691
高雄縣	9513	9367	10085	8231	7452	6777	6513	6073	5727
屏東縣	9420	9197	9569	8103	7515	8091	7595	7502	7549
澎湖縣	30390	29821	29671	17899	23067	18489	18451	15301	13213
東區分局									
花蓮縣	10231	8698	7732	8841	8828	9030	8166	7590	7235
台東縣	14056	13885	16520	13628	13590	15248	12142	11446	10389
平均數	6591	6336	6230	5967	5631	5492	5299	4945	4939

資料來源：行政院衛生署

表 3-12 1997-2005 年台灣各醫療區域中醫利用之平均數

	中醫師人數	每萬人口中醫師人數	每一位中醫師服務人數
台北分局			
台北市	561.88	2.13	4735.22
基隆市	51.33	1.32	7721.55
台北縣	545.11	1.51	6676.66
宜蘭縣	50.44	1.08	9238.66
金門縣	3.11	0.52	21326.22
連江縣	—	—	—
北區分局			
新竹市	69.00	1.83	5680.00
桃園縣	269.77	1.53	6583.22
新竹縣	42.77	0.95	10565.67
苗栗縣	73.33	1.30	7739.44
中區分局			
台中市	489.88	5.02	1993.77
台中縣	345.00	2.29	4418.88
彰化縣	245.22	1.86	5416.66
南投縣	89.88	1.65	6034.77
南區分局			
臺南市	165.11	2.23	4535.11
嘉義市	79.55	2.97	3411.00
雲林縣	87.22	1.17	8698.22
嘉義縣	45.00	0.80	12599.44
台南縣	127.00	1.14	8850.66
高屏分局			
高雄市	271.77	1.82	5549.33
高雄縣	165.66	1.34	7748.66
屏東縣	110.44	1.21	8282.33
澎湖縣	4.55	0.49	21811.33
東區分局			
花蓮縣	42.00	1.19	8483.44
台東縣	18.55	0.75	13433.78

表 3-13 台灣各醫療區域歷年中醫師總人數

	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局
1997 年	1,024	358	986	321	452	53
1998 年	1,051	377	1,062	326	479	59
1999 年	1,091	399	1,084	335	459	61
2000 年	1,120	434	1,127	351	528	58
2001 年	1,228	458	1,180	371	554	58
2002 年	1,253	490	1,195	400	578	55
2003 年	1,335	495	1,236	404	603	63
2004 年	1,401	543	1,335	433	654	67
2005 年	1,404	540	1,325	451	665	71

表 3-14 台灣各醫療區域歷年中醫師人數變化量

	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局
1997-1998	27	19	76	5	27	6
1998-1999	40	22	22	9	-20	2
1999-2000	108	24	53	20	26	0
2000-2001	108	24	53	20	26	0
2001-2002	25	32	15	29	24	-3
2002-2003	82	5	41	4	25	8
2003-2004	66	48	99	29	51	4
2004-2005	3	-3	-10	18	11	4

表 3-15 2002-2005 年中醫門診醫療費用核付金額狀況

	2002			2003			2004			2005		
	件數	金額	每件費用									
台北分局	7,718	4,033	523	8,234	4,032	490	9,273	4,304	464	9,212	3,882	421
北區分局	3,238	1,542	476	3,479	1,643	472	3,895	1,720	442	3,953	1,654	419
中區分局	8,423	4,007	476	9,200	4,215	458	9,920	4,109	414	9,403	3,441	366
南區分局	4,391	2,125	484	4,766	2,175	456	5,093	2,173	427	5,152	2,043	396
高屏分局	4,551	2,208	485	5,041	2,415	479	5,747	2,506	436	5,637	2,244	398
東區分局	513	272	531	543	305	561	616	294	477	645	308	478

資料來源：全民健康保險統計

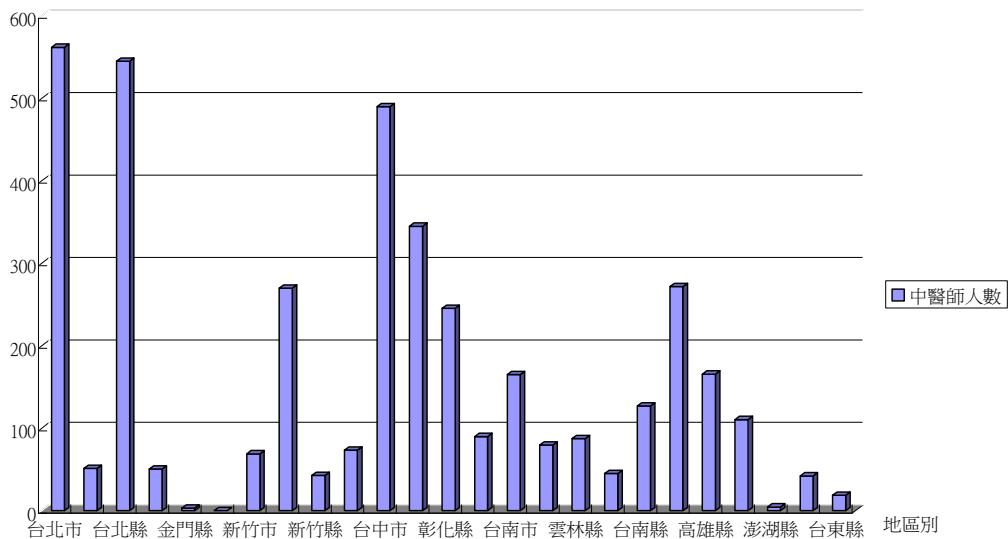


圖 3-22 台灣各醫療區域歷年中醫師平均人數

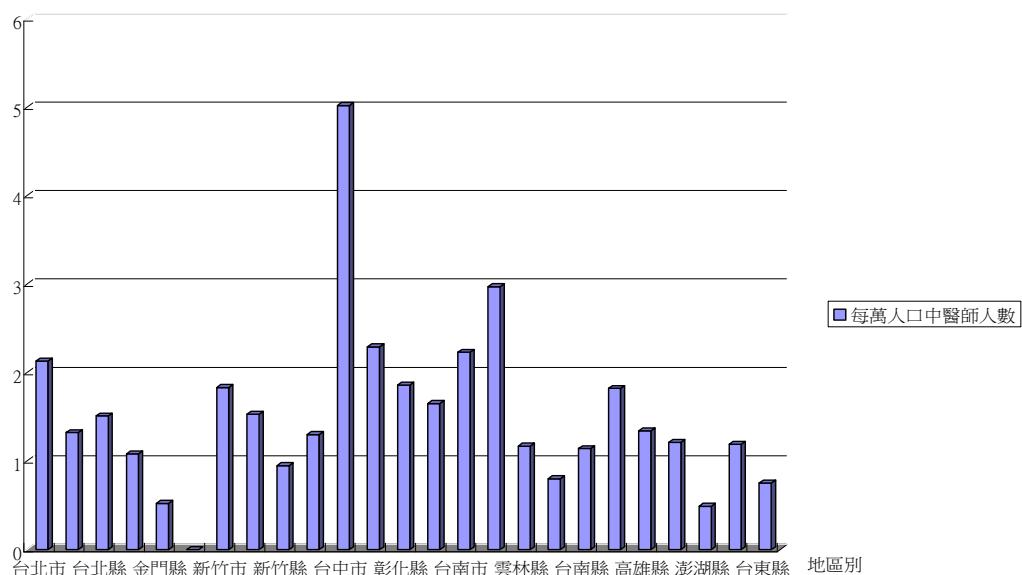


圖 3-23 台灣各醫療區域歷年每萬人口中醫師人數

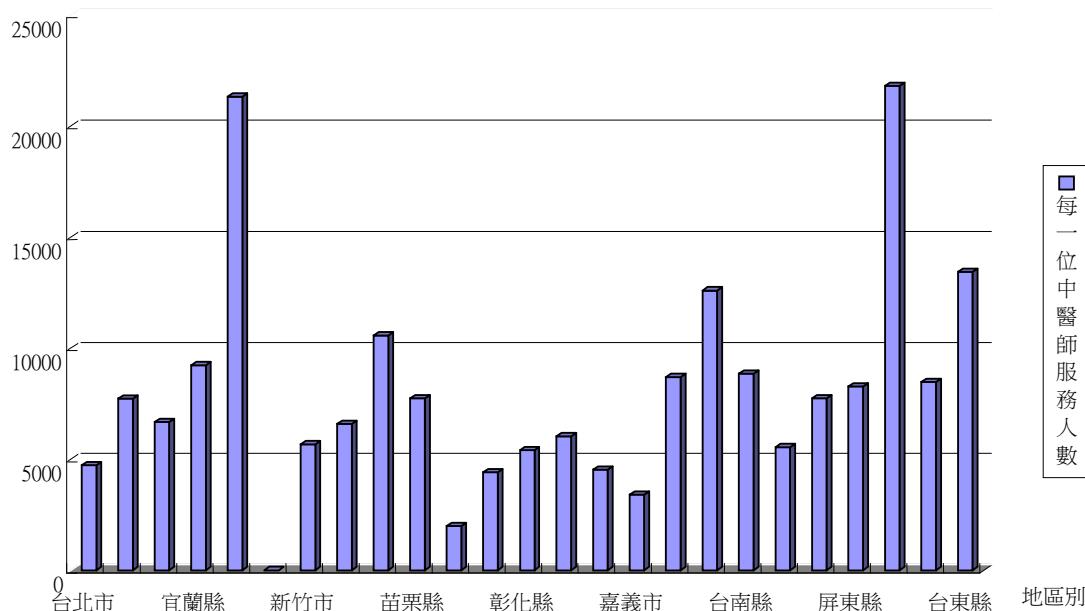


圖 3-24 台灣各醫療區域歷年每一位中醫師服務人數

以每一位中醫師服務的人口數而言(表 3-12)，即使以比例最高的台中次和嘉義市相比較，台中市每一位中醫師服務人數為 1994 人，嘉義市為 3411 人，兩者相差 1417 人，和嘉義縣的 10924 人相比較，差距為 8930 人。以上的數字表示台灣中醫師分布存在嚴重的地理差異，這個差異尤其以中醫師集中於台中市的趨勢最為明顯。

探究中醫醫療資源集中於台中市地區可能之原因，最常見的解釋為群聚效應，亦即長久以來，位在中部地區的中國醫藥大學孕育出許多專長為中醫的醫師，這些學習中醫的醫師畢業後部分可能留在中國醫藥大學附設醫院中任職，或在學校內擔任教師的職務，等待累積相當的名聲後再考慮自行開業，這樣一來當這些中醫師自行開業時，自然會吸引病患主動前來看診。加上台中市位在台灣中部地區，交通往返及資訊傳通相當便利，使得中醫資源逐漸集中於中部地區，因而形成一個龐大的中醫聚落。

(二) 中醫地區總額的運作與議題

健保總額制度實施後，每年的總額協商均會以當年的實付金額做為基礎，來協商下一個年度的總額，這樣的總額設定過程當然深受現有醫療資源分布的影響，亦即中醫師比較多的中部地區，現有的實付金額可能比較多，協商之後的下一個年度總額自然也可能比較多。為了使醫療資源分佈更加均勻，健保總額協商過程即希望逐年減少實際支付金額在協商過程所占的比例，而逐年實現以各地區

人口性別年齡別調整後的預期醫療支出作為協商基礎，這個調整的預期醫療支出也簡稱人口占率。在前文中曾提及，總額協商時中醫界爭取以八年為漸進過渡期間，第一年各區預算以 5% 按保險對象人數分配，95% 按實際發生的點數分配。依保險對象人數分配預算的比例，從第二年起逐年增為 15%、25%、40%、55%、70%、85% 及 100%。前文也提及這個八年的過渡期間也為日後的總預算實施，埋下政策爭論的基礎。

自 2000 年 7 月開始中醫總額實施浮動點數後，健保局在 2002 年以前每一季六區總額預算分配方式以基期年實付金額佔率 90% 加上人口佔率 10% 為原則，並逐年調整實付金額與人口佔率比例，希望最後可以達成人口佔率 100%，實踐人跟著錢走的方案，其中牙醫現階段已完成 100% 人口佔率，但中醫及西醫基層卻因為各地區點值浮動差距太大因而無法達成。

當 2004 年度中醫總額的協商基礎調整至實付金額佔率 75% 加上人口佔率 25% 時，中區的中醫總額因為點值嚴重降低而出現反對的聲浪，探究其原因，中區總人口數並非六區最高，但中區的總服務量（點數）卻是六區中最多的，利用上述原則計算後，與前一年中區總額預算為基期相比時，卻出現總額醫療費用的預算數值不升反降的情形。2004 年第四季時的點值在中區甚至降至 0.75 元，至此導致中區中醫師的集體反彈，中醫師公會全國聯合會利用政治力量與費用協定委員會協商談判並影響決策。

經過協商決議，自 2006 年度開始執行新的試辦計畫，試辦計畫改為中醫總額預算中的 2.22% 先撥給東區，剩餘的五區則由 97.78% 來作分配，其中五區分配的標準為 90% 為校正指標（醫療費用）加上 10% 加權指標（管理績效），2007 年則為了避免各區的總服務量（點數）過度增加，造成下一季校正指標的提升，因此在計算各區總額前先針對校正指標部分進行調整，亦即先設定各區醫療服務利用量可容許之上漲率，實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分將打折扣除，以適度反應成本。此外有些區域可能低於預先醫療服務利用量因而造成虧損，這些虧損的區域，總額會先撥款補足虧損部分，扣除先撥款的總額後，剩下的總額再利用上述公式來作分配計算。2008 年的總額設定時由於已經補償過虧損之區域，因此採取不補償之措施。自從試辦後，中醫醫療服務的點值已慢慢趨於平穩，原本健保局擔心是否會影響民眾就醫之權益，但目前並沒有反對的聲浪產生。

中醫醫療總額的地理分配歷史，有兩點值得特別討論，第一點

是地理分配的概念是否適用於中醫醫療或其他替代性醫療，這部分牽涉到一些價值判斷的問題，第二點則是總額運作過程中政治操作的內容。其中第一個議題將於本小節討論，第二個議題將於下一個小節中討論。

就地理分配的概念是否適用於中醫醫療而言，針對中醫醫療地理分配的價值判斷，此事件在學術上和政策上的確有不同的聲浪產生。贊成以人口佔率來作地區總額預算分配的支持者認為，為了使醫療資源分配更加平均，並解決醫療資源集中於中區之問題，實施錢跟著人走的政策是必要的，因此自 2002 年開始實施人口佔率後，中區總額的點值有逐漸降低的趨勢，點值的降低因而導致 2005 至 2007 年新加入中區職業的中醫醫師數也逐漸減少，2005 年與前一年相比甚至出現負成長，這樣的數據反應假如利用人口佔率政策持續推展的結果，必會使資源分配更加平均。

反對以人口佔率來作為地區總額預算分配依據的人則認為中醫與西醫不同，西醫醫療資源的地理分配不均彙帶來民眾健康上的極大問題，但是中醫醫療服務在本質上屬於替代性或補充性的醫療服務，是否也需要進行資源在地理上的平均分配，這中間有很大的商確空間，各地區也許可以表現其不同的醫療服務內容的特色。目前這樣的制度設計是否能符合中醫特殊的情形，的確有很大的討論空間。

以人口佔率來作為地區總額預算分配依據可能產生另一個問題，反而在政策爭論過程中並未引起太多的注意，那就是同屬中區的南投縣並未擁有特別多的中醫師 (2005 年時的每萬人口中醫師數為 1.66，見表 3-10、3-11)，但南投縣的中醫師不但必須跟著台中市 (2005 年時的每萬人口中醫師數為 5.31) 的中醫師承擔較低的點值，同時也由於低點值而持續無法吸引中醫師進入南投縣執業。地區總額政策要利用人口佔率來作為地區總額預算分配依據，宣稱希望藉此達成醫療資源均勻分佈的目標，其實是只能達成六大區域之間醫療資源均勻分佈的效果，同一區域之內不同縣市之間醫療資源均勻分佈的效果其實無法達成。

(三) 中醫地區總額的政治操作議題

就總額運作過程中政治操作的內容而言，中醫門診總額預算的分配及決議的方針，都應依照一定的程序辦理，這個程序必須由中醫師公會各區理監事會代表出席會員代表大會，經由協商及開會後決議，決議之總額分配方案再由中醫師公會全國聯合會的代表與費用協定委員會協商。2004 年地區總額分配調整各區校正風險後之

保險對象人數分配之比例由 20% 調整至 25% 時，中區的保險對象人數雖然並不是全國最多的，但其總服務量（總點數）卻是全國最大的，而其主要的原因可能與中醫師的資源集中在中區有關。也因為這樣的服務量分佈，導致中區 2004 年第四季的點值降至 0.75 元，中區的醫師在當時就已經出現不滿的聲浪。

中區的中醫師公會於 2005 年時因輪替制度正好承擔中醫師公會全國聯合會的工作，此一背景因素給予中區的中醫師公會方便的行政管道，透過全國聯合會來解決中區公會的問題。也因此，中區的公會並未經由上述正常的程序，與各區公會代表開會協商討論解決之方針。其解決方式為理事長決定承擔政治責任，自行代表中醫師公會全國聯合會與費用協定委員會協商，協定總額預算採全台灣除東區以外皆不分區的方式執行，企圖將中區的問題轉由東區以外的公會共同承擔。協定決議之後，中醫師公會全國聯合會內部開了臨時理監事會議，討論因應之道，當六區公會的代表開會時氣氛非常火爆，甚至有瀕臨破局的危險，協商過程的政治智慧此時成為談判成敗的關鍵因素。

當時部分理監事主張此一事件的解決之道，要考量會議結論對中醫師公會內部與中醫師公會外部的兩種效果。以對內的效果而言，假如中醫師公會全國聯合會內部因為此一議題造成分裂，醫療費用總額制度中強調的同儕制約與協商機制的基本精神勢必受到嚴重傷害，中醫總額制度也會因此無法繼續順利運作。以對外的效果而言，中區以外其餘五區的代表假如堅持否決中區代表與費用協定委員會所協定的不分區方案，除了勢必有人需要擔負政治責任之外，外界的人士只會注意到，中醫師公會竟然否決中醫師公會代表與費用協定委員會協商所通過的案子，讓中醫師公會從此成為無法令人信賴的談判協商對象。因此當時有部分理監事提醒與會代表以談判過程的最大公約數作為基礎，儘量以中醫總額運作的長期利益來彌補短期的損失。

基於以上的過程，協商最後決定 2006 年開始執行新的試辦計畫，此一試辦計畫的基本精神雖然不以分區大小作為改革主軸，但也可以達成類似的效果，那就是既然爭議的主軸在於人口占率，那就將人口占率由地區總額的公式中排除，而改以前一年度實際發生費用作為主要分配依據，但由於此舉對於中醫師人數較少的東區總額影響最大，因此新計畫內容為將中醫總額預算中的 2.22% 先作為東區總額之後，剩餘的五區則由中醫總額預算中的 97.78% 來作統籌分配，但這五區分配的標準則改為以 90% 的前一年度實際的醫

療費用加上 10%的管理績效。上述前一年度實際的醫療費用須扣除重複就診率超出 0.18%的部分，以及扣除用藥日數重複率超出 2.10%的部分，因此在試辦計畫中稱為校正指標，而管理績效則監控各分區中的八項指標，包括就醫者平均就醫次數、費用成長率、要費占率成長率、診察費申請次數、專案申報與一般申報的案件比率、診察費率、慢性病給藥日、就醫人數成長率等，因此在試辦計畫中稱為加權指標。至此，人口校正指標正式被排除于中醫地區總額分配公式之外。

台灣中醫地區總額分配的最近發展留下一個議題有待未來繼續觀察，那就是不論人口佔率的百分比為多少，只要以前一年度實際的醫療費用來作為今年度分配預算的基礎，無論如何都至少保留了總額預算制度所強調的前瞻性支付制度(prospective payment system)的基本精神，讓事前所協商的基礎可以作為醫師行為的依據。2007 年中醫師公會修改了這個基本精神，以當年度的實際醫療費用來作為當年度分配預算的基礎，但設定成長上限，這個成長上限為該區就醫人數成長比率與非協商因素(見本章第一節說明)成長比率的總合，超過上限則仍以前一年度實際的醫療費用來作為當年度分配預算的基礎。這樣的該變乃基與兩個主要的原因，並帶來兩個主樣的結果。

第一個主要的原因是前瞻性支付制度仍舊會造成年度各季點值在分區之間的不一致，各區中醫師與公會往往相互比較，造成行政上無謂的困擾。第二個原因則是 2005 年中醫地區總額分配公式正式排除人口校正指標之後，造成中區總額成長快速，因此在總額上限中加入就醫人數的成長其實可以抑制中區快速增加的醫療費用，尤其是與就醫人數成長無關的醫療費用。

這樣做的可能結果，第一就是極可能使各區醫療程序與內容快速增加，亦即可能造成點數的快速增加，因為各區今年的醫療總費用並不受限於去年的醫療總費用，因此嚴格說來並不具有預算的性質，而今年的醫療費用如果只與實際費用有關，增加醫療程序與內容來與其他區域競爭醫療費用是合理的推論，這個效應的強弱有待未來繼續觀察。第二個結果是可以抑制各區與就醫人數成長無關的醫療費用成長，這個效果在中區可以立即而且明顯的見到，其長期效果則需要再觀察。

嚴格說來，2007 年中醫師公會所修改的地區分配基礎以及上限規定其實是兩件事，可以分開處理，例如可以仍舊以前一年度的醫療費用作為當年度的預算分配基礎，但設定上述的上限規定。其

中前者的規範對象在於設定計算基礎為前瞻性(prospective)或回溯性(retrospective)的支付基礎，而後者的規範對象在於控制與就醫人數成長無關的醫療費用。

此外中醫醫療費用總額的改變，有一點政治性的議題必須注意，就是在協商談判過程必須小心，不能以為中醫總額的費用因為佔總體醫療費用的比率不高，就可以在總額設定或分配上為所欲為，甚至進行違反學理判斷的改革措施。任何微小的改革都必須謹慎小心的政治理由，在於其他醫療總額的執行團隊均會觀察、學習、甚至模仿其他總額團隊的措施中，對自己有利的部分。中醫總額的執行團隊必須持續檢討與回顧上述回溯性的總額計算基礎。

第四章 中醫總額與家庭醫師在制度面與財務面的整合

本章的主旨旨在描述如何透過中醫醫療預算總額的運作和西醫基層總額相關的措施，來建構台灣優質的中醫醫療與西醫基層醫療體系，並進而落實西醫體系內部以及中西醫療體系之間的轉診制度與分級醫療。

由於本章的內容牽涉到部分台灣已經在進行中的家庭醫師試辦計畫，因此有必要先在第一節中簡單描述此一試辦計畫內容的評估，然後在第二節中簡單介紹基層醫療改革的國際趨勢，再於第三節中提出對台灣實施家庭醫師制度時如何整合中醫醫療服務的具體步驟與方案內容。基於這些討論，第四節中將摘要所有對台灣當前政策的建議摘要，一方面方便讀者進行更有效率的閱讀，另一方面則突顯本研究針對總額操作面的政策建議重點。

一、台灣的醫療體系改革現況與家庭醫師制度

本節細分為四個小節加以陳述，分別為：總額預算制度與總體改革、台灣家庭醫師整合性照護計畫的發展、台灣家庭醫師整合性照護計畫的支付制度、台灣家庭醫師整合性照護計畫的相關研究。

(一)總額預算制度與總體改革

台灣在 1995 年推動全民健保至今，其間最大規模的改革，當屬總額預算的實施。不過總額預算搭配傳統論量計酬支付基準的結果，仍不免步上德國總額預算的後塵。醫療院所競相把服務量做大，以免自己在總額的佔率中吃虧。至於因此所稀釋掉的每點金額，反正由全體醫療院所買單，這就是典型的賽局理論，個別理性的加總只能得到次佳的均衡解，集體理性的最佳均衡解並不會出現。總額預算其實只對所有的醫師釋出一個行為誘因，叫作囚犯的兩難。

為了因應醫院總額的危機，健保局在過去啟動以醫院為單位的支付方式，稱之為「自主管理」，之後又稱為「卓越計畫」，在之後又稱為「個別醫院總額」或是「醫療穩定方案」，不同的名稱代表的其實就是以一家醫院為單位的總額預算，其目的一方面在導正醫院過多門診人次的角色問題，另一方面則可以控制不斷上漲的醫療費用。這一連串費用控制措施背後的根本問題，在於台灣醫療體系尚未進入重整階段。以經濟合作開發組織 (OECD) 的經驗來說，這些工業化國家 1980 年代的發展主軸皆為醫療費用控制，1990 年代則轉變為醫療體系改革，台灣在這方面的發展已經至少落後十年以上。任何著眼於單純醫療費用控制而非醫療體系改革的措施，由國家發展的層級來說，頂多只能稱之為零零碎碎的改革。

醫療體系想要運作的更有效率，提高品質與節約成本這兩個相互衝突的行為動機，都必須交回到醫師的手中始能有效運作，讓醫師代理病患進行品質與價格的權衡，而非透過高額部分負擔或是新加坡式的醫療儲蓄帳戶，讓病患本人來進行這種專業且困難的權衡（李卓倫等, 2001）。這也是醫療體系的運作，與所有其他商品的市場運作有所差異的起始點。在所有支付基準的設計中，公認比較能夠達成上述目標的，有住院服務的論病例計酬，和門診服務的論人頭計酬。可惜這兩項措施十年來仍舊是處於研究階段，而且所投入的研究經費並不充裕，就算好不容易有少數幾本完成的報告，內容卻有部分是醫師與民眾的問卷調查與專家座談紀錄，重大的國家政策大概很難由這類報告來推論完成。

行政院層級的二代健保規劃小組，規劃之初即標榜與第一代健保作切割，並將健保支付制度改革等等屬於第一點五代健保的執行與規劃交給衛生署，造成二代健保規劃小組傾向於規劃未來的議題，而非眼前急迫的議題，醫療體系改革的規劃正巧就成為這兩者之間的盲點，沒有組織性的力量來進行醫療體系本身的重整。

二代健保規劃的規劃重點包括健保基金與組織設計、新制保費設計與財務負擔比較、全民健保對醫療產業之影響、醫療品質課責機制建立、健保給付、藥品與其他資源的配置原則、公民參與等等，這些議題均十分重要，但是沒有議題與具有急迫性的醫療體系改革有直接相關，或明確提出醫療體系改革的整套行動方案。其中一項與醫療產業有關的規劃重點，基礎研究的發現充足，但行動方案仍舊缺乏，比較像學術研究團隊的成果而不是政府規劃部門的成果。

在行政院幕僚層級建立醫療體系改革小組，一方面解決眼前醫療費用上漲與基層醫療嚴重萎縮的急迫議題，另一方面也須針對未來可能發生的議題進行規劃。舉例而言，雖然中央健保局在 2004 年以六億多的經費進行家庭醫師整合制度的試辦方案，之後以每年 8 億多的經費進行家庭醫師整合制度的試辦方案，但民眾登記家庭醫師的誘因一直沒有釋出，反倒是給予每一個醫療群 350 萬至 500 萬元的誘因，節約醫療費用與提升醫療品質的誘因均缺乏。此外，在社區醫療群無法落實運作的前提下，衛生署另行委託的社區健康營造成為在社區中缺乏醫療據點的奇特景觀，放棄社區醫師原有的能力不用，再花費大量經費補助社區訓練與提升志工的能力，事倍功半。

(二)台灣家庭醫師整合性照護計畫的發展

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」自 2003 年 3 月公告實施，至本報告繳交期間已經經歷 5 年的時間，其主旨為使家庭醫師整合性照護計畫之實施能落實建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。

台灣的分級醫療體系長久以來一直無法落實，行政院二代健保規劃則因為嚴格區分健保改革和醫療體系改革，而並未將醫療體系改革納入規劃範圍。在此同時，嚴重性呼吸道症候群(SARS)的來襲對台灣醫療體系造成重大的衝擊，也讓台灣重新思考現存的醫療體系問題，包括大型醫院門診就診量偏高，醫院發展偏重門診醫療服務，家庭醫師、預防保健及醫療分級觀念有待加強，以及醫病雙方資訊流通平台有待整合等等。

衛生署在 2003 年 3 月公告家庭醫師整合性照護試辦計畫書，希望藉由成立社區醫療群來提供民眾整體性的初級醫療與預防保健服務；並藉由基層醫師團隊中的各位醫師負責擔任家庭醫師，以及與合作醫院形成社區照護網絡來共同組成「計畫執行中心」，建立以社區為範疇、以民眾為對象的「社區照護網絡」，期以(1)建立家庭醫師制度，提供全人醫療照護，提升醫療品質；(2)建立基層醫療院所與醫院之合作關係，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務；(3)促進分級醫療及雙向轉診；以及(4)減少醫療浪費，合理控制醫療支出。並於後續計畫中逐年提出更適切業者運作的修正案。

全台灣成家庭醫師整合性照護試辦計畫醫療群體的歷年個數如表 4-1 所示，依據健保局的規劃，往後幾年醫療群的個數大約會維持在 300 個左右。

表 4-1 家庭醫師試辦群體之個數

年度	醫療群個數
2003	24
2004	269
2005	258
2006	303
2007	303

資料來源：中央健保局行政統計

(三)台灣家庭醫師整合性照護計畫的支付制度

表 4-2 摘要台灣家庭醫師整合性照護計畫支付制度中，各項設計的時間點與內容，由表中可以見到台灣家庭醫師整合性照護計畫的支付制度設計，隨著時間的不同其內容一直在更改，而且愈來愈詳細與複雜。

2003 年剛推動家庭醫師整合性照護計畫時只有 A 型支付制度，A 型支付制度中的醫療費用是按照現行論量計酬之原有支付醫療費用，此費用在歷年健保局的文件中又稱為「承作基本費用」，但由於這項費用與該醫師是否加入這個計畫完全無關，因此從邊際變動的觀點而言應該不屬於家庭醫師整合性照護計畫費用，其實可以不必出現在與家庭醫師整合性照護計畫相關的任何文件之中，而僅以附件或附註的方式出現即可。

表 4-2 台灣家庭醫師整合性照護計畫支付制度設計

	2003	2004	2005	2006	2007
A 型					
醫療費用†	●	●	●	●	●
健康管理費用‡	●	●	●	●	●
健康管理費用上限§	-	350 萬	350 萬	250-350 萬	100-350 萬
每位醫師收案上限	-	-	1000 人	1000 人	1000 人
收案病人管理期下限	-	-	6 個月	6 個月	6 個月
品質提升保留款¶	●	●	●	●	●
品質提升保留款比率	上限 10%	上限 10%	20%	20%	20%
共同照護門診費用	-	●	●	●	●
B 型					
醫療費用†	-	●	●	●	●
風險校正回饋金+	-	●	●	●	●
風險回饋金倍數+	-	1.0 倍	1.5 倍	0.8-1.5 倍	0.8-1.5 倍
風險回饋金上限	-	400 萬	700 萬	700 萬	700 萬
風險回饋金下限	-	負值列入 續約參考	200 萬	200 萬	200 萬
C 型或其他					
醫療費用†	-	●	●	●	●
協商其他費用*	-	●	●	●	●
其他費用上限§	-	350 萬	400 萬	250-350 萬	100-350 萬

●表示該年度具有該項支付項目。

†現行論量計酬之原有支付醫療費用，此費用在歷年文件中又稱為承作基本費用。

‡包括家戶個案管理費用及品質提升費用，此費用在歷年文件中又稱為定額變動費用。

§ A 型健康管理費用上限及 C 型協商費用上限，自 2006 年起依據各醫療群加入計畫年限，每年遞減 50 萬元，自 2007 年起遞減金額再加以擴大。

¶ 依據品質設定目標達成率所撥付之費用，其基本精神為獎勵保留款，此項費用在歷年公告文件中又稱為風險分擔費用。

+ 會員門診排除重大疾病後之[風險校正費用]減去[實際醫療費用]乘上固定倍數回饋醫療群。此項費用自 2006 年起，差額 500 萬以上乘上 1.5 倍回饋，差額 500 萬以上乘上 0.8 倍回饋。

* 此項費用自 2005 年起加入不得創新支付項目的規定。

A 型支付制度中的健康管理費用，其實是家庭醫師整合性照護計畫支付制度的設計重點，其依據個別醫療群收案管理的病人數，每位病人定額支付管理費用，但總費用依據收案人數決定，因此又稱為定額變動費用，其設計的重點在於決定每位醫師的合理管理人數上限，以及每人每年的健康管理費用，因此 2005 年開始規定每位醫師的管理人數上限為 1000 人，2006 年開始介入管理費用逐年遞減的機制，但是管理費用逐年遞減的機制僅止於行政手段的設計，並未經過實證的檢驗。

B 型支付制度在學理上稱為虛擬論人計酬，因為這樣的計算方式一方面以論人計酬的風險校正公式計算每人的預期醫療費用，但在制度實施上又不完全按照計算結果支付醫師金額，而是以排除重大疾病後之風險校正費用減去實際醫療費用，這個差額乘上固定倍數回饋醫療群。此項費用自 2006 年起，差額 500 萬以上乘上 1.5 倍回饋，差額 500 萬以上乘上 0.8 倍回饋，並保障下限為 200 萬元。這樣做的目的，一方面在於讓醫師逐漸習慣論人計酬的支付方式，另一方面也透過降低財務風險來鼓勵醫師參加新的支付制度。

(四)台灣家庭醫師整合性照護計畫的相關研究

台灣有關於家庭醫師整合計畫的研究雖然不缺乏但比較有限，由衛生署正式委託的研究報告至少有三篇，首先是 2003 至 2004 年台大團隊的報告(陳慶餘，2004)，其研究目的為推動以家庭為中心的責任制醫療、社區醫院開放經營，加強基層醫師與社區醫院的合作與互動等為主要目標。針對「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」進行計畫之諮詢指導、計畫監測評估及制度之推廣宣導。研究目標為協助執行單位之計畫執行並進行品質監控、設計並測試一套「本土化家庭醫師制度」的醫療品質評估方法、家庭檔案與轉介系統之評估，以及本土化家庭醫師制度之推廣教育。研究方法包括文獻探討以建立家庭醫師制度試辦計畫之初步評估指標、透過 Delphi method 建立品質評估指標實地至社區醫療群訪查，設計郵寄式調查問卷抽樣調查健康家庭會員之滿意度及對於慢性病照護及預防保健服務之利用情形調查、基層醫師對於健康家庭資訊系統之滿意度調查與基層醫師對於本試辦計畫實施之滿意度。主要發現研究利用 Delphi method 進行二次專家意見調查，在結構、過程、結果三向度分別建立 12 項、4 項及 7 項指標，總計 23 項評估指標。根據這 23 項指標，分別自抽樣社區醫療群實地訪查、社區醫療群書面調查、資訊系統可利用之資料與向健保局進行資料收集以進行可行性評估。研究發現可先初步作為社區醫療群之

量化指標及參考閥值包括：家庭醫師照護滿意度 85%，知道家庭醫師姓名比率 90%，知道 24 小時專線電話比率 90%，成人健檢完成率 50%，子宮頸抹片完成率 50%，高血壓三個月回診率 90%，糖尿病三個月回診率 90%，家戶資料遺漏值指標 50%，雙向轉診完成率(合作醫院)100%。

台大團隊的第二篇報告(陳慶餘, 2006)，研究之目的乃針對健保局試辦之「家庭醫師整合性照護試辦計畫」進行第二年計畫監測評估。實施方法包括：社區醫療群基層醫師團隊運作調查，後續追蹤調查針對社區醫療群醫師進行第二次問卷調查，民眾對於全民健保家庭醫師制度之間卷調查，並藉由健保資料的分析，呈現各社區醫療群執行成果。結果發現適當的回饋可以激勵基層醫師，以維護醫療保健服務執行的品質。利用健保資料的分析與量化指標可進行社區醫療群之品質監測，並提出指標之異常值供健保局做醫療品質評估之參考。社區醫療群與基層醫療診所評估指標的訂定宜因地制宜，閥值的訂定可參考各分區之報告結果。建議中央健保局成立社區醫療群家庭醫師服務資料庫維護小組，以利進行定期監測評估。

第三篇委託研究則針對民眾的醫療利用進行評估(廖雅惠, 2006)，了解醫療分級制度實施及家庭醫師制度試辦之後，加入與未加入健康家庭會員民眾之醫療需求、醫療利用情形及對醫療資源滿意度之差異。針對某一社區醫療群進行抽樣，收集問卷資料，其中包含參與及未參與健康家庭民眾之健康狀況、健康行為，並比較兩群組之醫療需求、醫療利用情形、醫療資源滿意度等。研究結果發現：(1) 健康家庭會員醫療服務滿意度平均分數較非健康家庭會員高，(2) 是否為健康家庭會員在候診時間及收費合理的滿意度方面達顯著差異，(3) 性別及婚姻狀態會影響加入參與家庭醫師制度之意願，(4) 會員與非會員對交通方便性、醫療資源滿意度的看法不同達顯著差異，(5) 交通方便性和醫療資源滿意度呈高度正相關，(6) 醫療資源滿意度與醫療費用無直接關係，(7) 看診的時間成本會影響對醫療服務的滿意度。

其他學術界自發性的研究包括醫師對「全民健保家庭醫師計畫」表現指標看法與評估結果之相關性研究(許碧升, 2004)，民眾對家庭醫師期望服務品質、滿意度及就醫忠誠度相關因素之探討(蕭麗珍, 2006)，家戶會員對家庭醫師計畫之滿意度研究(葉德豐等, 2006)。其研究細節由於與本研究的直接關連性較小，因此不詳述。與本研究方法較相近的為家庭醫師試辦計畫的成本效益評估(林妍如等, 2005)，以執行期滿一年之中區二大家庭醫師醫療群

為研究對象，透過成本效益(cost-benefit)分析方法，來評估台灣試辦家庭醫師整合性照護試辦計畫社區醫療群體之效率，以建立未來全國性進行評核家庭醫師群體運作效益之基礎模式。協助了解國家現階段所推動的家庭醫師整合性照護試辦計畫之成效，該研究結果並可以提供國家政策制定者了解該試辦計畫的執行的價值，並可作為未來台灣醫療體系變革之依據。

二、建立家庭醫師制度之國際經驗

基層醫療的定義，就是民眾發生新的健康問題時第一個接觸到的照護，是傾向於以個人為焦點而非以疾病為焦點，而且是周延與經過協調的照護(Starfield, 1996)。而近年來基層醫療改革的主要趨勢，在於鼓勵從事基層醫療的專業人員更多的自主與自由，而同時又能夠透過財務誘因來避免此種自由所可能發生的負面影響(Groenewegen et al. 2002)。

在社會保險的國家，基層醫師絕大部分均為自雇者(self-employed)，但在國民健康照護體系的國家，基層醫師可能為自雇或受聘於政府(表 4-3)。在許多國家中，基層醫師不僅僅是專業的照護提供者，同時也代表小規模的企業組織，因為他們必須自己承擔收益與損失的機會(Allen 1990)。換句話說，由於基層醫師瞭解自我的經濟目標，加上社會所認可的專業地位，因此是同時具有經濟特質與社會特質的個體。為了使基層醫療更具有效率與公平性，近年來歐洲國家對基層醫師的管理內容主要有以下五項(Groenewegen, 2002; Starfield, 1996; Boerma and Fleming, 1998)：

1. 鼓勵基層醫師赴低度服務地區：增進基層醫師與設施在地理分布上的公平性。
2. 病患登記家庭醫師後每位家庭醫師的病患登記名單：鼓勵基層醫師針對特定登記人口群的健康負起責任。
3. 以論人計酬作為基層醫師服務的支付單位：鼓勵基層醫師提供更具有成本效果(cost-effective)的資源管理和更具連續性的服務內容。
4. 守門人角色：守門人的定義為必須經過基層醫師的轉診病人才能接受專科醫師服務，此舉可以鼓勵提供更當的專科服務，並避免不必要的專科服務。
5. 建立同儕專業審查機制：針對基層醫療品質進行有效的外部監控和內部監控(monitoring)。

表 4-3 歐洲主要國家對基層醫療的管理方式

國家	開業醫自雇%	支付單位	病患名單	守門人
國民保健服務				
丹麥	100	論人+論量	有	有
芬蘭	2	薪資	無	無
希臘	30	薪資(自雇者論量)	無	無
冰島	25	薪資+論量 (自雇者論人+論量)	無	有
義大利	98	論人	有	有
挪威	58	薪資(自雇者論量)	無	有
葡萄牙	1	薪資	有	有
西班牙	4	薪資	有	有
瑞典	1	薪資	無	無
英國	99	論人+論量	有	有
全民健康保險				
奧地利	99	論量	無	無
比利時	97	論量	無	無
法國	97	論量	無	無
德國	100	論量	無	無
愛爾蘭	91	論人	有	有
盧森堡	98	論量	無	無
荷蘭	93	論人+論量	有	有
瑞士	99	論量	無	無

資料來源：Boerma et al. (1993, 1997), Boerma and Fleming (1998)

對於上述的五個組成，不同國家介入的方向與介入的角度均有不同，此種差異主要來自各國之間不同的文化、歷史、和經濟狀況。表 4-3 顯示主要歐洲國家在登記或註冊病患名單、支付單位採用論人計酬或其他方式、和是否具有守門人角色三個組成上所採用的策略，以及基層醫師自雇而非受雇於公家或私人醫療院所的比率，並將這些國家區分為國民保健服務與全民健康保險兩大類分別陳述。

表 4-4 歐洲主要國家基層醫療的群體執業概況

國家	家庭醫師	1人	2-5人	6-10人	11人以上
	專科訓練%	單獨執業%	聯合執業%	聯合執業%	聯合執業%
國民保健服務					
丹麥	99	30	56	14	0
芬蘭	34	8	38	28	27
希臘	67	45	24	15	17
冰島	82	15	39	37	10
義大利	11	86	12	1	1
挪威	45	25	64	7	4
葡萄牙	65	12	28	25	35
西班牙	27	24	28	21	28
瑞典	96	2	63	28	7
英國	71	16	55	27	2
全民健康保險					
奧地利	54	93	7	0	0
比利時	71	69	28	2	1
法國	16	59	40	0	1
德國	75	67	33	0	0
愛爾蘭	45	54	43	3	0
盧森堡	35	61	39	0	0
荷蘭	66	46	51	3	0
瑞士	86	73	27	0	0

資料來源：Boerma et al. (1993), Boerma and Fleming (1998)

表 4-4 則顯示主要歐洲國家基層醫師曾經受過家庭醫師專科訓練的比率，此一比率在不同國間之間的差異極大，某些強制家庭醫師必須接受專科訓練的國家有部分的比率也不高，其主因在於各國開始實施家庭醫師專科訓練的年份不盡相同，造成表中在比率上的差異。表 4-4 同時顯示基層醫師群體執業及其人數分布上的比率，值得注意的是在社會保險的國家中，普遍有相當比率的醫師選擇單獨執業，雖然單獨執業的比率也有慢慢減緩的趨勢。

在實施社會保險的國家之中，只有荷蘭的基層醫師具有病患名單與守門員角色，同時主要以論人計酬作為支付單位。其他實施社會保險的國家暫時無法做到這三項組成的原因，則在於其管理醫療體系的責任分散在政府、保險團體、與醫療團體，權力與責任分散的結果是醫療體系的改革往往不容易成功。除了荷蘭之外，只有比利時在病患名單的建立上先跨出了一小步，就是設計先為 65 歲以上的人建立病患名單，其他像法國與德國等國家，仍舊停留在以零零碎碎的改革來控制醫療費用的階段，這些零碎的改革包括基層診所的總額上限制度、收費標準的調整、以及緊縮基層醫師處方的範圍等等 (Groenewegen, Dixon, Boerma, 2002)。

荷蘭的基層醫師可以與疾病基金會單獨訂定合約來照顧被保險人，開

業醫師有自己的病患名單，而且是專科醫療的守門員，每一位基層醫師的病患名單中約有 2,300 人，這樣的角色適用於國家的健康保險，也一體適用於私人健康保險，只不過政府的健保支付單位是以論人計酬為主，而私人健保是以傳統的論量計酬為主 (Groenewegen & Delnoij, 1997)。

荷蘭的家庭醫師必須在醫學院畢業之後先接受三年的家庭醫學專科臨床訓練，然後每五年重新換證一次，換證的標準為每周需達到一定時數的執業時間，以及每年至少 40 小時的專科繼續教育。家庭醫師的責任還包括提供 24 小時的服務，以及接受保險人對於其財務花費、轉診率、以及處方量的監控，並於必要時加以說明。在改革的過程中，荷蘭的家庭醫師公會充分介入基層醫療的自我管理方案，代表基層醫師的學術機構則協助設定基層醫療品質標準 (Gorl et al, 1993)，兩者也同時支援基層醫師的繼續教育。特別值得一提的是荷蘭基層醫師實施群體執業的比率，遠高於其他實施社會保險的國家，這可能與其論人計酬的支付基準有關。整體而言荷蘭家庭醫師制度十年來的發展主軸，並非引入更多的企業經營精神，而是引入更多的專業自我管理 (Groenewegen et al, 2002)。雖然不可否認的是荷蘭依循 1987 年 Derrker 委員會報告的內容，也在這十年間之間引入更多的市場機制，但市場機制影響較大的是疾病基金的營運狀況 (ven de Ven, 1997)，而非影響家庭醫師的角色。

總體而言，上述家庭醫師制度的內容加重了醫師的三個責任與三個角色。在國家可以宏觀調控的三個主要組成中，病患名單增加基層醫師照顧病患的專業責任，論人計酬加重基層醫師節省醫療費用的財務責任，專科醫療守門員則賦予基層醫師為珍貴醫療資源的使用加以把關的社會正義責任。而在傳統或沒有家庭醫師制度的醫療體系中，基層醫師的角色只是單純的基層醫療的供給者；但在上述的家庭醫師制度中，基層醫師不僅僅是基層醫療的供給者，同時也是以自己口袋中論人計酬經費，來為病患購買住院或專科服務的代理者，而且由於論人計酬制度讓基層醫師承擔部份財務的風險，因此基層醫師也同時具有小型保險人的角色，這就是家庭醫師的三個角色。

三、建立由基層醫療主導的中西醫療體系

建立由基層醫療主導的醫療體系是同時解決醫院體系過度擴張、基層醫療萎縮、轉診制度無法建立、分級醫療無法落實、提升醫療品質與控制醫療費用無法兼顧、預防保健未獲重視等等問題的大型社會工程，建立這個制度可以分為四個階段，之下再細分為七個步驟，近期與中期的規劃可以在三至四年內完成，全部階段完成則需時五至十年，每一個步驟均需要投入對醫療體系規劃比較熟悉的研究與政策規劃人力。

表 4-5 台灣全民健保基層醫療與中醫醫療體系改革與整合可能進程

階段		一、試辦銜接	二、登記及組織家庭醫師基金（近程）		
組成	現有健保試辦計畫	民眾登記家庭醫師	組織開業家庭醫師聯盟	實施論人計酬制度	
待解決學理問題	健保現有試辦計畫之理論及實務評估	無	1. 開業醫師之間與中西醫療之間水平整合或虛擬整合的學理及實務分析 2. 醫療體系的反托拉斯結構分析	1. 研擬危機調整論人計酬公式，基層與中醫總額的財務接軌設計 2. 如何預防歧視病人的學理面與實務面探討 3. 各國論人計酬及開業醫師基金之文獻回顧探討 4. 論量計酬及論人計酬雙軌並行的相關問題探討	1. 如預防歧視 2. 研擬危機調整論人計酬公式，區分列入中醫與否之公式 3. 在論人計酬之外列入管理成本 4. 計論人計酬以外的補償機制 5. 藥費、檢驗費是否獨立 6. 民眾自由就醫下聯盟間以及中西總額間的拆帳方式 7. 聯盟內部財務控管方案 8. 評估民眾等候時間
待解決實務問題	1. 山地離島整合性醫療服務體系(IDS) 2. 五大疾病給付方案 3. 醫師品質責任制度(PQRS) 4. 論人計酬試辦計畫	1. 決定登記醫師種類與資格並徵求參與登記之醫師，決定中醫師可否成為登記醫師 2. 決定醫院門診部門是否可以獨立或參加聯盟，中醫是否在聯盟之中 3. 依據醫療資源多少劃分區域再依區域列出開業醫清單 4. 民眾登記誘因之設計 5. 提供開業醫的品質或聲望訊息供民眾選擇之參考，包括合作之中醫	規劃組織聯盟的限制條件： 1. 決定聯盟有無地理區域限制 2. 規劃是否以其他反托拉斯機制設限 3. 依據區域規定聯盟最低登記人口數 4. 決定聯盟經營者的條件，尤其是中醫是否可以自由加入聯盟	1. 民眾逐漸習慣自己有家庭醫師部分維持論量計酬的雙軌制 2. 產生聯盟內部監控及自我管理機制 3. 管理事業人員進入聯盟 4. 透過資訊系統開始形成虛擬整合 5. 醫院部分醫師可能進入基層	1. 民眾逐漸習慣自己有家庭醫師部分維持論量計酬的雙軌制 2. 產生聯盟內部監控及自我管理機制 3. 部分開業醫師是否反彈 4. 參與聯盟者的特質是否為負面 5. 民眾等候時間是否延長
預期結果	評估報告及制度銜接方案				

階段	三、落實轉診制度（中程）	四、落實分級醫療（中程）	五、落實基層醫療保健（遠程）
組成	部分住院費用轉由基層支付醫院	限制民眾逕走醫院就醫	擴大基層醫療保健
待解決學理問題	1.以代理人理論進行醫療體系改革的優缺點探討 2.以總體資料進行疾病別或病例組合別的財務分析	無	1.世界衛生組織實施基層醫療保健之原理與實務探討 2.各國實施基層醫療保健制度之內容比較 3.中醫療體系也可以選擇在此階段再加入整合
待解決實務問題	1.選擇醫院總額轉給基層總額的角度，例如疾病別或病例組合 2.開業醫業醫院的付費方式與計價單位 3.對於無合約醫院研擬配套措施 4.提供醫院品質及聲望指標供開業醫業民眾選擇醫院 5.醫院內部財務與組織的重整	1.教育宣導 2.設計民眾財務誘因 3.設計急診除外規定的明確定義與範圍 4.製作標準作業處理逕赴醫院之非急診患者 5.醫院內部財務與組織的重整	1.規劃護理訪員制度 2.預防保健功能與家庭醫師整合架構設計 3.醫療與社會服務在社區層級的整合 4.衛生政策分權理念的設計與落實
預期結果	1.醫院開始以提昇醫療品質及行政效率並降低醫療費用為手段競爭轉診合約 2.開業醫考慮後送醫院合約內容吸引病人的力量 3.形成轉診合約並落實轉診制度	1.形成分級醫院 2.處理部分醫院的可能反彈、倒閉或併購 3.醫院門診量減少，恢復醫院專業本質	1.落實基層醫療保健 2.對部分基層衛生機構進行組織重整 3.擴大家庭醫師聯盟的功能

上述的改革進程區分為四個階段，第一個階段旨在組織家庭醫師基金，並鼓勵民眾登記家庭醫師；第二階段的任務在加強家庭醫師基金的責任，並形成正式的轉診合約；第三階段的目標在落實分級醫療並限制民眾部分的就診自由；第四階段則為基層醫療保健的落實，並擴大家庭醫師的功能。其中第一個階段可以視為近程方案，第二、三兩個階段為中程方案，而最後一個階段為遠程規劃。每一階段又可以再細分不同先後次序的組成，每一組成中也都有其需要解決的學理問題與實務問題（李卓倫等，2002）。

本節所敘述的內容順序與本章最後一節中對台灣總額所提出的建議摘要相一致，但敘述的重點不同。由於基層醫療改革牽涉到許許多多有待解決的問題，因此本節的敘述重點在於各階段中有待解決的學理問題與實務問題，而下一節的敘述重點在於各階段中所可以運用的策略或方案。

至於中醫醫療服務的部分，中醫可以有兩種選擇，第一種選擇是在制度設計一開始就加入此一制度改革過程，第二種選擇選擇是在基層醫療的改革告一段落之後再加入整合，但第二種選擇所面臨的學理問題與實務問題與第一種選擇並無不同，因此仍可按階段逐項陳述其問題。

請讀者注意由於中醫醫療服務是整合於基層醫療體系之中，因此文章的敘述不免有較多的篇幅在於描述基層醫療的改革內容。政府機構則需注意本節所提出的學理問題需要在制度改革之前，委託學界或與學界共同合作，預謀解決之道。實務問題則需在政策過程面聽取各方意見之後，在資訊仍舊有限的前提下，做出立即性的政治判斷。

（一）建立家庭醫師基金第一步驟：民眾登記家庭醫師

建立基層醫療主導醫療體系的第一階段為登記及組織家庭醫師基金，本階段實施的主要原則，是讓家庭醫師制度的供給面和需求面誘因先行上路，但暫不限制民眾就醫自由，也暫不與醫院總額有任何關聯，這樣的設計可以大大提高政治可行性。

在第一階段的方案中，依時間順序排列共有三個步驟，分別為民眾登記家庭醫師、醫師自組開業醫聯盟，以及依登記人數支付加權論人經費。在鼓勵民眾登記家庭醫師的組成中，並無特別需要探討的學理問題，亦即無須再作學術研究即可規劃上路，但其在實務面必須解決的問題相當多，這些措施都會影響基層醫療的改革能否踏出成功的第一步。

登記家庭醫師之前必須先準備有哪些醫師可以登記的名冊清單，以供民眾作選擇，因此必須先徵求願意參與登記的醫師，但同時政策上應先決定哪些醫師可以來參加、哪些科別可以開放、專科醫師是否也可以登記等等規劃內容。在此同時，可以政策性決定是

否允許醫院門診部門也可以參與登記，因為基於分級醫療原則應該排除醫院門診部門，但若基於政治可行性也可以考慮在此階段作暫時的安排讓醫院門診部門加入。

與中醫醫療服務相關的決定至少有三個：(1)中醫診所是否要開放自由參加基層醫療群；(2)中醫師是否要列入民眾選擇的名單之中做為家庭醫師的候選人，或只是基層醫療群的合作醫師；(3)中醫診所是否可以作為執行中心，負責統合其他的診所。目前全民健保家庭醫師試辦計畫在階段上，已經開放中醫診所可以自由參加基層醫療群。

合於資格的醫師名冊清單必須分區域列給民眾作為選擇，並且規範各地區民眾可以登記醫師的地理範圍，例如規定民眾至多可以在本身所在的地區或鄰近地區登記家庭醫師。也因為這種地理的限制，因此醫師名單上的區域劃分最好考慮資源的多少來決定區域如何劃分。

民眾登記過程中，尚有一配套措施可以列為將來實施的重點，就是提供各個醫師及其所屬聯盟的醫療品質狀況，提供民眾多一層的訊息來選擇家庭醫師。由於此一訊息需在聯盟成形之後比較方便操作，因此初期可以暫不實施。此一訊息提供管道曾在美國 1993 年的改革方案中強調過，但依據經驗，民眾對於諸如疾病別死亡率、手術別死亡率、院內感染率等諸多品質指標並不容易瞭解，而左右民眾選擇的仍是價格與滿意度等最粗略的指標，因此這個方案的推動需要一些規劃來完成。以中醫醫療服務而言，其存在與否也可以作為品質指標的一環。

以民眾登記的動作作為整個完整政策的開端，本身也具有教育的效果，它可以讓民眾開始逐漸意識到如何選擇家庭醫師，以及開始習慣有家庭醫師的事實。另一方面，開業醫之間競爭病人的動作在此時便已經開始，而競爭的方式主要是品質競爭。因此民眾登記家庭醫師初期的動機可能主要來自經濟誘因，但等制度上軌道之後則可能因為基層醫療品質的提昇而支持此制度。

最後應該討論是否以家庭為單位登記開業醫師，此論點由於限制同一家庭成員選擇醫師的自由，而且並無健康的理由或財務誘因的理由支持這種論點，因此暫時不予建議。

(二)建立家庭醫師基金第二步驟：組織中西開業醫師聯盟

在民眾登記個別家庭醫師之後，便可以開始籌組開業醫師聯盟，聯盟的目的雖然有論人計酬的基金作為財務誘因，但其真正的效果將遠遠超過只是作為健保付費的機制。而在籌組之前，至少有

兩個主要的學理問題應該委託專業學者詳加規劃，第一個問題是對企業界以及醫療領域，尤其是開業醫師之間或中西醫療之間的水平整合(horizontal integration)或虛擬整合(virtual integration)進行學理及實務經驗的探討。第二是針對如何避免聯盟所造成的獨占進行結構分析，並藉此研究為實務規劃原則預作準備。

組織開業醫師聯盟的實務議題，主要著眼於如何規範組織聯盟的限制條件，這些條件必須在做成政策決定之後清楚的傳達給開業醫作為遵循依據，包括開業醫的聯盟有無區域的限制？例如是否規定同一鄉鎮的醫師或診所除非基於科別的考慮，否則限制其成為同一聯盟，以防止同一鄉鎮只出現單一聯盟的獨占狀況。其次，反獨占的規定也可以用其他機制來進行，例如可以用最簡單的各地最低聯盟數，或較複雜的 Hurfindahl-Hirschman 指標(HHI)來作為是否啟動反托拉斯條款的標準。

第三個實務問題為決定聯盟的最低登記人口數，以符合大數法則，避免開業醫聯盟承擔過多的風險。這也是論人計酬方式比較適合以聯盟為單位，較不適合以醫師個人為單位的主要理由，但其限制可以考慮依地區人口數或醫療資源數予以增減。以英國的經驗而言，其最低人口數介於 7,000 至 12,000 人較為理想。

第四個實務問題是決定哪些條件的團體或個人可以經營聯盟，除了開業醫自組的聯盟以外，是否可以由私人公司與開業醫師訂定契約之後承包？民間或政府的非營利組織是否也在討論範圍？中醫診所是否可以承接作為財務運作的執行中心等等。

組織開業醫聯盟的預期結果範圍很大，而且影響深遠，因此是此制度能否成功的關鍵所在。首先，開業醫師在尋求聯盟的合作夥伴時，即會進行專業的分工與整合，並開始部分的市場區隔，例如決定聯盟要不要提供或強調某些科別與項目的服務等等，中醫醫療此時會列入醫療群合作對象的考量，但其供給面的誘因可能必須在支付制度中予以鼓勵。與此同時聯盟內部的協調、監控、自我調整機制也會建立，並且引進許多專業的管理人才。由於聯盟中的開業醫師不一定會在同一診所地點甚至同一鄉鎮中執業，資訊系統如何建立以形成開業醫之間的虛擬整合(virtual integration)的議題會在此時浮現，之前本節所陳述的水平整合研究內容在此也可以派上用場。

由於開業醫師聯盟組織階段是實施論人計酬的前哨站，結盟的過程及經濟的誘因極可能使部分醫院中的醫師在此時選擇自行開業並加入某一聯盟，台灣現況中基層醫療逐漸萎縮的情形可能會

大量改善，甚至對醫院造成第一波的衝擊。不過，依據英國的經驗，部分開業醫可能仍會選擇維持現狀，亦即單獨執業並由健保局獲得論量計酬的支付，此部份所衍生的雙軌問題將於下一小節中再做陳述。

(三)建立家庭醫師基金第三步驟：實施論人計酬制度

在實施開業醫師基金的階段組成中，以此一組成事先應準備委託的學術研究報告最多。首先必須先進行危機調整論人計酬公式的研究，此一研究的技術面頗為困難，其精算的結果是預防部分病人遭受歧視的基礎工程。不過危機的調整不可能百分之百周延，其他保障病人不受歧視的學理及實務探討仍有必要，這是所有多元保險人架構中所必須正視的第一個議題，雖然這裡的多元保險人是由開業醫師聯盟擔任。其次則是對論人計酬的其他細節，參考他國經驗提出學術研究報告，甚至組織研究小組出國進行二個月的密集研究行程，並且同時探討開業醫師論量計酬及論人計酬雙軌並行所可能衍生的問題。

在與中醫醫療有關的議題方面，必須在財務面規劃中醫總額與基層總額的接軌問題與拆帳方式，以及如何在危機調整論人計酬公式之中列入中醫醫療服務的考量。

本報告同時建議，本步驟及上個步驟中所列舉的相關學理問題，可以考慮作為健保制度規劃下一階段的研究主題，並分別由不同的主持人規劃不同的主題，同時考慮定期的聚會分享成果，而且以基層醫療基金作為聚焦的議題，提昇聚會的有效性及效率性。

在實務規劃方面，除了已經提及的預防歧視和危機調整公式外，也要考慮如何在論人計酬之外加計行政成本，並且規劃如何在醫師聯盟面對非預期危機的補償機制 (compensation scheme)，這些機制包括明列不屬於醫師聯盟責任範圍的財務補償，例如個人最高承擔金額，超出者部分由中央基金支應。或列舉一般論人計酬以外的支付方式，例如為鼓勵預防保健措施而保留此項目的論量計酬，或是列舉部分疾病為了提昇品質、保障危機分散、促成整體照護所保留的其他支付管道，例如現行中央健保局的五大疾病給付方案等等，均可視為此補償機制的一環。這個補償機制的設計可以減輕開業醫聯盟的危機負擔，鼓勵開業醫師投入論人計酬的家庭醫師行列。此一機制的設計也會使聯盟的支付基準多元化，成為部分論人計酬制度。

除此之外，門診藥費及檢驗費用是否應該獨立，另外以不同的支付基準計算，或仍以論人計酬但盈餘應獨立保留，可以參考他

國經驗另作設計。例如德國將藥費獨立出單一的總額，並明確告訴醫療院所，超出藥費總額的部份將回頭扣除醫院總額或基層總額的部分，以提供明確誘因。另一個非常重要但實務上並不複雜的規劃是在民眾仍舊可以自由就醫的情況下，不同聯盟，或聯盟與醫院門診部門之間如何拆帳的計算問題，其技術面雖然簡單，但卻可以在實施家庭醫師制度的初期維持民眾就醫的自由，是非常具有成本效益的設計。再其次則是聯盟內部的財務控管方案，此方案可以由政府進行技術輔導與協助之後，任由各聯盟自行發揮其創意與特色。最後在實務上也應該參考英國經驗評估民眾的就醫等候時間是否會延長。

在預期效果方面，比較明顯的會是民眾逐漸習慣自己有家庭醫師的事實，因為即使民眾可以自由就醫，但就醫單位基於拆帳流程，必然會詢問就醫者的家庭醫師，並向其所屬聯盟要求轉撥支付金額。另一個可以預期的是必定有部份民眾及部分開業醫不願加入此一計劃之中，而維持論量計酬支付方式，其中民眾部分對制度的衝擊較小，開業醫部分的雙軌制則需要借助他國經驗加以探討。至於開始實施論人計酬之後是否會引起部分開業醫師的反彈，或是制度的設計是否會鼓勵較具負面特質的開業醫(例如生意不好)來參與聯盟，對於此點本研究報告僅予列舉而不做進一步的申論。不過民眾的等候時間是否會因論人計酬的開辦而延長，則需要於實施時加以觀察評估。

在整個第一階段的三個步驟全部實施之後，從實務面來說，家庭醫師基金制度已經大部分完成，西醫基層總額與中醫總額的整合問題也已經大致完成。但由學理面來說，想藉家庭醫師基金制度帶動醫療體系重整的企圖才完成一半而已，因為上述方案全部是在基層總額預算以及中醫總額的範圍內，所進行的小總額分配而已，與醫院總額並無關係。這樣的設計比較可以保證醫院不去干涉診所總額改革的家務事，但學理上醫院服務供給者與購買者的角色在此階段仍未劃分清楚，醫療體系最基本的組織改革仍未啟動，因此有賴下一個階段作關鍵性的制度突破。

(四)落實轉診制度階段

要讓基層家庭醫師成為病患購買醫院服務的代理人，透過更高層級的制度設計自然而然落實轉診制度，並使公共雙重契約體系中的第二層契約，也就是診所與醫院之間的轉診契約發揮作用，同時提高醫院之間的品質競爭與價格競爭，全部有賴此一階段的設計與執行能否成功。因此本階段的工作，是在前述的基礎工程穩固了

基層醫療團隊的合作模式之後，以基層醫療為主導所展開的關鍵性體制改革。或者也許可以說，第一階段改革的三個步驟，主要在轉換基層醫療的體質，而第二階段的改革，主要在轉換醫院系統的體質。此階段的改革與中醫醫療服務體系的關連性較小。

落實轉診制度的步驟只有一個，就是由現行的醫院總額中，切出屬於診所總額承擔風險的金額，待民眾赴醫院就醫時，由基層總額撥付醫院，而不由醫院總額支出。總體層級決定之後，在基層總額中再按風險校正之論人計酬撥付各開業醫師基金，家庭醫師所開立的轉診費用，若為當初所列舉之疾病，則由各開業醫師基金給付醫院。

疾病或病例組合之列舉，並不需要涵蓋所有的疾病，以免開業醫師基金承擔過多的風險，但疾病的列舉也不能過少，以免影響醫院競爭轉診合約的動機。因此由開業醫承擔住院風險的疾病，最好是發生機率較高或機率容易計算者，或是住院單價不大但其全體發生總金額不少的疾病。這樣的原則乃著眼於希望個別開業醫師基金不用承擔過多的風險，但又提供足夠的誘因使醫院來競爭開業醫師基金的轉診合約。舉例來說，若一疾病發生機率極低，但是一旦發生後的住院費用極高，且該疾病在總體市場中的總金額佔率不高，此一疾病極可能使開業醫基金承擔較高的不確定性，但卻對提高醫院競爭的誘因不足，這種疾病最好仍依舊按照現制留在醫院總額中予以支付。

這樣的設計應該事先進行至少兩項學術研究，第一是探討這種完全以代理人理論進行醫療體系改革的優缺點，此一設計的優點在學理上顯而易見，但在實務應用上的優點是否如學理所預測，以及其學理上的缺點，兩者都需要透過專業的學術評估來加以呈現。其次是必須由總體層次來計算疾病別或病例組合別的醫療花費，以據此決定轉由開業醫基金或基層總額承擔風險的疾病種類與範圍。

落實轉診制度階段的實務問題，首先要決定財務流動的方式，包括醫院總額切出一塊轉由基層總額承擔的切入角度，是以疾病別、病例組合或其他方式，以及開業醫師基金或基層總額付費給醫院的支付基準，是論量計酬、疾病別、疾病組合或其他方式，或甚至交由醫院與個別開業醫基金自由訂定合約內容。其次可能有必要對聲譽較差無法爭取合約的醫院進行輔導，同時依據英國的經驗，品質最好但價格最貴的醫學中心也有可能爭取不到轉診合約，應另行研擬配套措施。

此一階段如果進行順利，其效果很容易預期。首先是醫院必

須以提昇品質和降低價格為手段，來向開業醫基金爭取轉診合約。這就是以基層醫療為主導的整合性醫療體系，而轉診制度是在另一個更高層級的體制改革下來完成其落實任務的。而造成此一結果的學理依據，來自醫院服務提供者與購買者的明確劃分，醫院服務過去的購買者是無知的病患，此制度下的購買者則是代理病患的家庭醫師，而其策略則是個別開業醫師聯盟所組成的基金。

此一制度設計並沒有忘記，基層醫師與醫院所簽訂的合約內容，對病患而言是開業醫聯盟的產品內容，消費者會透過此一開業醫與醫院聯合的產品內容來決定家庭醫師，這種學理上的公共雙重契約體系，極有可能帶來可以兼顧醫療品質的價格競爭，此一精神與美國 1993 年的健保改革方案，及英國 1993 年以來的改革內容相通。舉例來說，醫院門前診所由於後送醫院只有一家，比起其他診所擁有十家以上的醫院轉診合約，民眾登記家庭醫師時自然會將此一條件納入考量。

(五)落實分級醫療階段

本報告所建議的第三個階段旨在落實分級醫療，其階段性的設計在時序上位於轉診制度的實施之後，其實施則需要至少兩個要件，第一是透過之前的制度設計使每一民眾都已經習慣於家庭醫師制度，第二是民眾已經自願性的普遍登記家庭醫師，亦即僅有少數的民眾沒有登記家庭醫師。在這兩個前提下，可以考慮開始限制民眾逕赴大醫院就醫的自由。

本規劃會把落實分級醫療列在比較後面的時間點來實施，一方面是基於民眾看家庭醫師的習慣需要一段時間才能養成，這是在行為面和文化面上與傳統銜接的考量；另一方面則是基於限制民眾就醫的自由必須極為小心，本規劃成員認為這不僅僅只是為了政治可行性或減少反對壓力所作的考量，而是基於選擇的自由是人類社會值得特別尊重的一種本質，以及促成進一步提升效率的重要策略。也是因為這樣的立場，本規劃在提出落實分級醫療的建議時將另外再提出一些配套措施，來保障民眾就醫的選擇自由。

本規劃建議分為兩個步驟來實施，第一步驟先行限制民眾逕赴醫院就醫的自由，待上軌道之後再進入第二步驟以限制民眾在同一基層醫師聯盟內看診，因為前者對民眾的衝擊可能較小，而這兩個步驟都應該沒有需要特別處理的學理問題，因此可以直接進行實務面的規劃動作。

在限制民眾直接到醫院門診就醫方面，實務面的規劃包括教育宣導和考慮是否設計進一步的民眾財務誘因，例如是否恢復健保

開辦時遭到醫院系統強烈反對的措施，亦即對不經轉診逕付醫院就醫者收取較高額的部分負擔。此外由於必須對急診作除外的規定，因此需要對急診的範圍作明確界定，以及製作標準流程處理非急診但逕赴醫院的民眾。此外，醫院在此時必然會遭到組織及財務重整的壓力，因為原本佔相當比率的門診收入已經正式消失，組織重心必須調整到住院或研究部門，不過由於前面幾個階段的準備，部分醫院對於此時的衝擊，應該有了因應之道。但是由於中央健保局對醫院門診業務的擴充似乎已經失去耐心，因此醫院自主管理的措施已於 2004 年正式實施，但在缺乏整體戰略的前提下單獨執行醫院自主管理這個戰術，其成效有待評估。

第一個步驟限制民眾逕付醫院就醫的預期效果，就是建立正式的分級醫療體系，醫院門診量正式由基層取代而可能大量減少，但醫院也因此得以回歸醫院處理急重症和教學研究的專業。此外則可能必須處理部分醫院的反彈或甚至倒閉或併購。在限制民眾逕赴醫院就診的步驟中，由於民眾仍可以透過轉診接受醫院服務，因此並不是真正的限制。但是在限制民眾只能在家庭醫師聯盟內看診的組成中，民眾並無法接受的其他診所或聯盟的服務，因此其對就醫自由的限制要更為嚴格。這也是本規劃建議以聯盟而不以醫師為限制條件的主因。因為如此，制度設計應該在限制民眾到其他聯盟就醫的同時，在實務面設計配套措施來保障民眾的就醫選擇權。基於英國的經驗，本規劃建議應該在此步驟告知民眾，讓民眾只需透過一張明信片即可隨時更換家庭醫師，同時不必陳述其更換的理由。這個措施不必在所有前面的階段中實施，但本規劃建議在此階段中實施。這個措施看似可能帶來行政上的麻煩，但在實務上當民眾習慣於與家庭醫師相處之後，經常更換的情形應該不常發生，這方面可以在取法英國的經驗後作進一步細節的規劃。

此一組成的預期效果為家庭醫師制度的進一步落實，並對之前所提到的，家庭醫師所屬後送醫院的品質及價格競爭，提供更為落實的誘因。整個家庭醫師制度的建立、轉診制度及分級醫療的落實，至此可謂大功告成，也顯示了本規劃中程方案的結束。

(六)落實基層醫療保健階段

前面的措施雖然有可能完成台灣醫療體系長久以來想要達成的不可能的任務，但對於落實基層醫療保健這個台灣發展的遠程願景而言，這只是一個財務機轉與組織架構的開端而已。

基層醫療保健(primary health care)的理念有其長遠的歷史演變，其所涵蓋的範圍同時包括學理及實務兩部分，而且其概念並不

僅只於由基層診所來實施而已。世界衛生組織從 1978 年起推行基層醫療保健時提出五個主張：公平、社區參與、跨部門合作、適當的技術、健康促進，這些主張的實現並不限於基層醫療部門。不過也不能否認，基層醫療體系的健全發展會有助於基層醫療保健的擴大與落實。

在學理上可以透過世界衛生組織二十多年來的經驗與報告加以探討，也可以對世界各國推動基層醫療保健的心得與困難加以提出解決之道。這些探討的層面將會非常廣泛，例如當面臨醫師無法在基層以群體合作的方式推動服務時，其問題的根源在於醫學教育的內容必須有所改變。這個小小的例子即可顯示其理論及實務層面的複雜性。衛生署國民健康局在 2002 年推動的衛生所組織重整研究，以及社區健康營造的評估研究，都必然會探討到這個根本的議題，正好為台灣下一個階段的改革預作若干準備，並完成應有的基礎研究。

基層醫療保健學理的探討暗示醫療業務與保健業務在實務上，尤其是社區層級加以整合的必要性。在以往，有關醫療體系重整的計畫屬於醫政部門負責，而保健業務屬於保健部門負責，將來的業務必須跨部門統合兩者的共同努力才有可能執行。例如在家庭醫師制度中，護理訪員(health visitor)的角色是協助醫師處理簡單症狀，提供衛教與民眾接觸的第一線高級護理人力，其角色類似，但其實際功能會大於目前衛生所的公衛護士。在家庭醫師建立之後，這些護理訪員可以考慮全部或部分由國家支薪，但由家庭醫師聯盟統籌其人力運用，進行國家所交付的保健任務，包括家庭訪員、病患收案列管、健兒門診、電話處理一般症狀、衛生教育、營養指導等等業務。

護理訪員或公衛護士的重新定位，顯示有必要設計家庭醫師與預防保健功能的整合性組織架構，並牽涉到地方衛生局與衛生所的功能調整，而 2002 年國民健康局所委託進行的計畫並沒有考慮到醫療體系重整之後的功能改變。其次，長期照護、精神病患、失智老人、發展遲緩兒童的照護也需要由社區層級的家庭醫師與社工單位相互整合，完整的照護才有可能在社區生根落實。

因此，家庭醫師制度的建立在理念上還牽涉到社區功能的落實，以及國家衛生政策分權理念的落實，而這也正是世界衛生組織強調社區參與的精神所在。不過，社區參與原則的落實牽涉到國家民主化的程度是否已經深入草根性的社區之中，以及台灣社會傳統中社群主義的強烈程度，台灣的社區在草根民主與社群主義精神上

的弱點，正巧顯現在衛生署自 2000 年以來所推動的社區健康營造計畫之中。

落實基層醫療保健，對若干基層體系進行組織重整，以及擴大家庭醫師聯盟團隊的功能，雖然是可以預期的成果，也是本階段的計畫目標，但其達成也是台灣社會一段國民自我教育、落實社區草根民主、和透過社區功能照護人民健康的長遠過程。

四、中醫納入基層醫療體系的社會效益

在針對中醫醫療體系與基層醫療體系的整合提出明確的政策建議之前，有必要陳述兩者整合的社會效益，以建議政府在總體社會效益的範圍之內，審慎考量未來在推動此一政策時所投入的成本。依據經濟學學理，社會成本低於社會效益的私人交易或政府計畫，可以促成整體社會的資源配置效率，因此社會效益的計算是促成中醫醫療與基層醫療體系整合效率的第一個步驟。

(一)家庭醫師計畫的效益計算

本計畫中社會效益的計算基礎為個別消費者的最高付費意願(willingness to pay)，取其最高值的原因為最高付費意願與實際付費之間的差距，即為福利經濟學計算消費者剩餘(consumer surplus)的主要依據，而橫跨消費者之間對消費者剩餘的加總即為成本效益分析的基礎(Jones-Lee, 1976; Jones-Lee et al, 1985)。衡量效率的方法可以用最高付費意願，也可以用最低接受補償的意願(O'Brien & Gafni, 1996)，但基於簡單化的原則文獻中使用付費意願者占絕大多數，本計畫因此也以付費意願為主要衡量基礎。

衡量效益所面臨的第一個操作問題，是要問受訪者整體的(global)付費意願還是個別的(restricted)付費意願。主張測量整體付費意願的人認為此舉符合自由市場的運作邏輯，但主張測量個別付費意願的人認為可以明確陳述個別的考量，例如醫療服務計畫的效益可能來自健康的改善，也可能來自未來所節省的醫療費用，或是生產力增加的所得效益。無論用那一種方法，最重要的是在問法上要避免重覆計算(double-counting)的問題。

本計畫首先將於明確陳列家庭醫師試辦計畫的可能利益之後，以總體付費意願作為衡量的依據。這些可能利益包括：24 小時服務電話、個人及家戶健康檔案、醫病關係提升、健康增進。之後本計畫再詢問受訪者如果這樣的家庭醫師制度中包括中醫診所的服務時的付費意願，以此換算兩者整合的社會效益。

衡量效益所面臨的第二個操作問題，是要不要考慮需求面的不確定性問題(Neumann & Johannesson, 1994)。如果不考慮需求面

的不確定性問題，則問受訪者在真正接受某一健康計畫時的付費意願 (ex post or user-based approach)；如果考慮需求面的不確定性問題，則問受訪者在可能接受某健康計畫並明確陳述機率下的付費意願(ex ante or insurance-based approach)。雖然絕大部分的健康服務的使用都具有不確定性，不過本評估計畫的政策情境顯然比較趨近於第一種測量方式。

衡量效益所面臨的第三個操作問題，是測量方法本身信度、效度與可行性的考量。例如以開放性的金額來讓受訪者回答付費意願，雖然可能得到比較準確的(unbiased)付費意願估計值，但會增加受訪者回答問題的認知困難度與答案分布的精確度(precision)。如果對受訪者提示不同金額(bidding games)則優缺點相反，其中效度的問題主要為受訪者容易受到起始金額影響所造成的起始點偏差(starting point bias)。第三種方法則著眼於修正第二種方法，每一受訪者只被提示一種金額並決定接受與否(elicit values)，然後由研究者以比較複雜的統計方法例如 probit analysis 來決定各個金額為民眾接受的機率方程式。本計畫擬修正第二種方法，利用多次提示金額的方式來逼近受訪者內心的付費意願值。

在本研究中，家庭醫師試辦計畫的社會利益主要來自三個方面 (Drummond et al, 2005)，第一為收案民眾參加家庭醫師試辦計畫後願意為健康改善所付出的金額。第二為收案民眾參加家庭醫師試辦計畫後願意為其他價值所付出的金額，在推動的家庭醫師試辦計畫中，有一些便民的舉動例如 24 小時待命的諮詢電話專線、消防救護電話專線、轉診諮詢、保健衛教服務等。第三為收案民眾參加家庭醫師試辦計畫後願意為資源節省所付出的金額，例如轉診或檢驗的部分負擔減免或其他財務減免。在陳述完家庭醫師的價值之後，再詢問受訪者加入中醫門診的付費意願，此一問卷內容除了基本資料以外，主要有五個題目，陳述如下：

1. 請問在過去的一年之內您自己看過幾次中醫門診？_____ 次
2. 如果您在看西醫門診的過程中，門診醫師建議您可以針對同一疾病轉到中醫診所看診，並主動為您安排轉診，您會接受並到中醫診所就診嗎？_____
3. 如果您在看中醫門診的過程中，門診醫師建議您可以針對同一疾病轉到西醫診所看診，並主動為您安排轉診，您會接受並到西醫診所就診嗎？_____
4. 如果政府推動家庭醫師制度，但你的家庭醫師是由 5 到 10 家西醫診所組成的醫療群，您看病的自由與現在一樣不受限制，但

如果先到家庭醫師處就醫，每次都可以減免部分負擔 50 元，但保險費必須增加，這樣的醫療制度您願意每個月多付健保費元？

5. 如果上述 5 到 10 家診所組成的家庭醫師醫療群中包括中醫診所，而且中西醫診所的中西醫師會幫助病人互相轉診，其他條件則與上面一樣，這樣的醫療制度您願意每個月多付健保費元？

問卷中並簡單陳述家庭醫師制度的內容如下：

1. 由 5 至 10 家診所組成醫療群，共同視為家庭醫師群。
2. 家庭醫師熟悉自己與家人的健康狀況，就醫資料可以完整建檔。
3. 醫師與病人關係較密切。
4. 提供 24 小時諮詢電話服務。
5. 避免到大醫院排隊等候，家庭醫師與需要時判斷病情協助轉診。
6. 到家庭醫師處就診每次可以減免 50 元部份負擔。

以付費意願來衡量社會利益的主要理由，為其比人力資本 (human capital) 的方法更符合福利經濟學的理論基礎 (Mishan 1971)。不過基於研究可行性的考慮，本評估計畫暫時不擬納入未參加試辦計畫的醫師或未經試辦醫師收案的民眾。綜合上述計算本計畫即可比較總體社會成本與總體社會利益。

(二)研究對象與資料蒐集

本研究採取「多階段等機率抽戶，戶內全查方式」，樣本為全省抽樣之樣本，預計訪視 400 人，且限定 18 歲以上之受訪者。此多階段等機率抽樣方式依據 Levy and Lemeshow (1980, 1999) 以及 Kish (1965)，將全省視為抽樣母體，以家戶為最小抽樣單位之等機率抽戶。將全台灣所有縣市下轄之行政區（包括鄉、鎮、區）排列出，以系統隨機方式抽出其中 40 個行政區，以此完成第一階段抽樣。再自所抽出之 40 個行政區中將所有村、里排列出，同樣以系統隨機方式在每個行政區中抽出 2 個村（里）。接著再從抽出的村（里）中隨機抽出 5 戶，以戶內全查之方式完成 18 歲以上受訪者之訪視。

此「多階段等機率抽戶，戶內全查」方式為規模比例的機率抽樣 (Probability Proportional to Size, PPS sampling)，以表 4-6 為例說明如下：

表 4-6 多階段等機率抽戶，戶內全查之機率抽樣

Cluster	N _i	Cumulative	Random Numbers	Random Number Chosen
		$\sum N_i$		
1	4,288	4,288	00001-04288	04285
2	5,036	9,324	04289-09324	
3	1,178	10,502	09325-10502	
4	638	11,140	10503-11140	
5	27,010	38,150	11141-38150	11883,35700; 36699
6	1,122	39,272	38151-39272	
7	2,134	41,406	39273-41406	
8	1,824	43,230	41407-43230	
9	4,672	47,902	43231-47902	
10	2,154	50,056	47903-50056	
Total	50,056			

應用規模比例的機率抽樣 (Sampling with probability proportional to size, PPS sampling) 方式，有較多的樣本數 (large N_i) 的群集相較於樣本數較少的群集有較高的機率會被選中為樣本單位，從第一階段中隨機抽出的每一個群集各抽出一樣的數目 (\bar{n}) 的清冊單位 (listing units，不一定是欲抽樣之最小樣本單位)。表 4-6 中舉例說明 PPS 的抽樣方式，假設在總樣本數為 50,065 的母體中，欲抽出 100 個樣本，在總樣本數為 50,065 的母體中，分為編號由 1-10 的 10 個群集，每個群集有不同的清冊單位 (listing units)。在此二階段的例子中，清冊單位為樣本之個數；在表格的第三行，我們將之累加且視為每一個群集中樣本依序排列之編號，故第四行中呈現出個別群集所含樣本之編號，以亂數產生器產生 4 筆亂數 “04285”、“11883”、“35700”、“36699”，分別位於第一及第五個群集，我們所得到作為抽樣單位的四個群集分別是 (1, 5, 5, 5)，由於我們的目標是抽出 100 個樣本，故必須在這 4 個已抽出的抽樣單位中再以隨機的方式各抽出 5 個樣本。

$$\left. \begin{array}{l}
 \text{母體} \\
 \left\{ \begin{array}{l}
 \text{群集 A: } p_a = \frac{4,288}{50,056} \times \frac{25}{4,288} = \frac{25}{50,056} \text{ (原群集 1)} \\
 \text{群集 B: } p_b = \frac{27,010}{50,056} \times \frac{25}{27,010} = \frac{25}{50,056} \text{ (原群集 5)} \\
 \text{群集 C: } p_c = \frac{27,010}{50,056} \times \frac{25}{27,010} = \frac{25}{50,056} \text{ (原群集 5)} \\
 \text{群集 D: } p_d = \frac{27,010}{50,056} \times \frac{25}{27,010} = \frac{25}{50,056} \text{ (原群集 5)}
 \end{array} \right. \\
 \end{array} \right\} \text{母體抽樣機率為 } p = \frac{100}{50,056}$$

可知上例中以此法抽樣所抽出之 100 個樣本，每個樣本被抽出之機率皆相等。

依此抽樣原則，本研究抽出之 80 個里以表 4-7 逐一列舉。

此抽樣方法由於原始母體為全台灣 18 歲以上之民眾，最後抽出之樣本在第一階段抽樣機率乘上第二階段抽樣機率再乘上第三階段抽樣機率後，可獲得相同於「等機率隨機抽樣」之機率值，即為所稱之多階段等機率抽樣（如前例）。在進行戶內樣本選取時，一般可用戶內全查或是戶內抽查的方式。本研究採用等機率抽戶方式，以家戶為最小抽樣單位，對戶內所有 18 歲以上成人進行問卷訪談。

採用『等機率抽戶，戶內全查』之方式有以下幾個理由：(1) 家戶間成人人數變異不大，在台灣有超過 63% 的家戶有 1-2 位成人，而其餘的家戶幾乎都有 3-4 位成人 (Hung, 1996)；(2) 戶內所有成人的問卷在一次訪視就可取得，投入的成本相對比較便宜，且普查機構如 Census Bureau 所作之勞動力普查也是採取戶內全查方式或取家戶內成人的就業資訊。

表 4-7 抽樣名冊

戶政事務所	編號	村(里)	隨機碼	總戶數	門牌 初始碼	門牌 最末碼
臺東縣大武鄉	1	大竹村	0.7	366	256	265
	2	大鳥村	0.4	502	201	210
花蓮縣花蓮市	3	主權里	0.1	2288	229	238
	4	國盛里	0.8	1612	1290	1309
基隆市中山區	5	中和里	0.5	2335	1168	1177
	6	協和里	0.2	727	145	154
臺北縣林口鄉	7	菁湖村	0.9	1450	1305	1314
	8	麗林村	0.6	3051	1831	1840
臺北縣樹林市	9	三龍里	0.3	653	196	205
	10	保安里	0	2191	1	10
臺北縣土城市	11	永富里	0.7	1805	1264	1273
	12	埤塘里	0.4	1980	792	801
臺北縣新店市	13	公崙里	0.1	3522	352	361
	14	張北里	0.8	2573	2058	2067
臺北縣新莊市	15	光正里	0.5	1290	645	654
	16	龍安里	0.2	778	156	165
臺北縣中和市	17	秀成里	0.9	1318	1186	1195
	18	福和里	0.6	1436	862	871
臺北縣板橋市	19	後埔里	0.3	1394	418	427
	20	福德里	0	1796	1	10
臺北市大同區	21	至聖里	0.7	2793	1955	1964
	22	朝陽里	0.4	1637	655	664
臺北市松山區	23	自強里	0.1	3334	333	342
	24	新聚里	0.8	3045	2436	2445
臺北市北投區	25	中和里	0.5	1850	925	934
	26	大同里	0.2	2228	446	455
臺北市內湖區	27	西康里	0.9	3142	2828	2837
	28	湖濱里	0.6	2705	1623	1632
臺北市士林區	29	天和里	0.3	2737	821	830
	30	聖山里	0	1817	1	10
桃園縣大園鄉	31	北港村	0.7	1068	748	757
	32	溪海村	0.4	1485	594	603
桃園縣龜山鄉	33	中興村	0.1	1831	183	192
	34	精忠村	0.8	1475	1180	1189
高雄縣旗山鎮	35	太平里	0.5	963	482	491
	36	新光里	0.2	247	49	58
高雄縣鳳山一	37	新興里	0.9	951	856	865
高雄縣鳳山二	38	新泰里	0.6	1576	946	955
高雄市鼓山區	39	河邊里	0.3	678	203	212
	40	龍水里	0	3719	1	10

資料來源：本研究整理

表 4-7(續) 抽樣名冊

戶政事務所	編號	村(里)	隨機碼	總戶數	門牌 初始碼	門牌 最末碼
桃園縣中壢市	41	中正里	0.7	1700	1190	1209
	42	明德里	0.4	1736	694	703
新竹縣峨眉鄉	43	石井村	0.1	252	25	34
	44	富興村	0.8	438	350	359
新竹市北區	45	金竹里	0.5	2146	1073	1082
	46	湧中里	0.2	2804	561	570
苗栗縣竹南鎮	47	竹興里	0.9	1087	978	987
	48	營盤里	0.6	1080	648	657
臺中縣霧峰鄉	49	本鄉村	0.3	771	231	240
	50	萬豐村	0	891	1	10
臺中縣豐原市	51	北陽里	0.7	3974	2782	2791
	52	南陽里	0.4	3426	1370	1379
臺中市南區	53	南門里	0.1	1442	144	153
	54	樹義里	0.8	3594	2875	2884
臺中市西屯區	55	永安里	0.5	3789	1895	1904
	56	逢福里	0.2	2076	415	424
彰化縣埔鹽鄉	57	瓦磘村	0.9	371	334	343
	58	三省村	0.6	424	254	263
彰化縣員林鎮	59	三條里	0.3	855	257	266
	60	南平里	0	1534	1	10
南投縣埔里鎮	61	西門里	0.7	1379	965	974
	62	籃城里	0.4	380	152	161
雲林縣古坑鄉	63	西平村	0.1	560	56	65
	64	棋盤村	0.8	729	583	592
嘉義縣太保市	65	後潭里	0.5	537	269	278
	66	舊埤里	0.2	852	170	179
臺南縣山上鄉	67	明和村	0.9	736	662	671
	68	新莊村	0.6	352	211	220
臺南縣麻豆鎮	69	安東里	0.3	237	71	80
	70	穀興里	0	249	1	10
臺南市中西區	71	協和里	0.7	1019	713	722
	72	開山里	0.4	963	385	394
臺南市東區	73	自強里	0.1	2176	218	227
	74	莊敬里	0.8	1868	1494	1503
高雄市左營區	75	海勝里	0.5	2792	1396	1405
	76	新中里	0.2	1914	383	392
高雄市三民一	77	千秋里	0.9	1062	956	965
高雄市三民二	78	鼎中里	0.6	1321	793	802
屏東縣枋寮鄉	79	地利村	0.3	604	181	190
	80	隆山村	0	1458	1	10

資料來源：本研整理

(三)調查結果

本項調查總共回收有效樣本 416 份，其基本變項如表 4-8 所示，包括性別、年齡、教育年數、居住地區、個人與家戶年所得。表 4-9 則為本研究所欲瞭解的重點變項，包括過去一年內的中醫門診次數、西醫轉診中醫以及中醫轉診西醫的意願、對家庭醫師制度的付費意願、以及家庭醫師制度中包含中醫門診服務的付費意願等等。

在表 4-9 中，過去一年內看過至少一次中醫門診的民眾占 56.3%，一年內看診中醫的平均次數為 3.31 次，這樣的統計資料高於一般民眾的中醫就診次數。此一數據對本研究而言有兩個意義。第一是本研究的對象較一般民眾而言使用較多的中醫醫療服務，因此在研究結果的推論上必須比較保守。第二是回答本研究題目的民眾基本上對於中醫醫療服務都有基本的瞭解，因此在研究問題的掌握或回答的有效度較高。

在西醫轉診中醫以及中醫轉診西醫的意願方面，願意接受西醫轉診中醫的民眾佔 80.5%，願意接受中醫轉診西醫的民眾佔 84.1%，顯示主觀意願上這樣的轉診並不會遭到過多的抗拒。不過政策依據無法僅由這樣的數字就加以判斷，而必須提出更具體的數據，例如針對政策內容所做的付費意願判斷。

以付費意願而言，本研究首先詢問民眾對家庭醫師制度的付費意願，至於家庭醫師制度的政策內容明確標示為以下五項：(1)由 5 至 10 家診所組成醫療群，共同視為家庭醫師群。(2)家庭醫師熟悉自己與家人的健康狀況，就醫資料可以完整建檔。(3)醫師與病人關係較密切。(4)提供 24 小時諮詢電話服務。(5)避免到大醫院排隊等候，家庭醫師與需要時判斷病情協助轉診。(6)到家庭醫師處就診每次可以減免 50 元部份負擔。表 4-9 顯示民眾對家庭醫師制度的付費意願為 111.70 元，換算社會總體效益約為 308 億。如果扣除健保局所必須免除的部分負擔，以每人每年十次門診作為免除對象，換算社會總體成本約為 115 億。

如果家庭醫師制度之中包括中醫醫療服務，則民眾的付費意願為 116.73 元，與家庭醫師制度相比其邊際付費意願為 6.03 元，換算社會總體效益約為 308 億 16 億元，是未來政策上推動制度時可以考慮承擔的社會成本上限，不論這個成本是由人民承擔或政府承擔。

表 4-8 訪者基本資料 (N=416)

背景資料	選項	頻率	百分比	平均數	標準差	遺漏值
性別	男性	164	39.4			0
	女性	252	60.6			
出生年	18-26	91	22.0	36.6	13.166	2
	27-36	132	31.9			
	37-46	87	21.0			
	47-56	63	15.2			
	57-81	41	9.9			
教育年數	0-9	49	11.9	14.13	3.532	5
	10-12	93	22.6			
	13-16	183	44.6			
	17-18	60	14.6			
	>18	26	6.3			
居住區域	東部	27	6.5			0
	北部	232	55.8			
	中部	97	23.3			
	南部	60	14.4			
個人年平均收入	無任何收入	77	19.7			25
	<20 萬元	57	14.6			
	20-39 萬元	85	21.7			
	40-59 萬元	82	21.0			
	60-79 萬元	51	13.0			
	80-99 萬元	25	6.4			
	≥100 萬元	14	3.6			
家中所有成員平均年收入	無任何收入	8	2.1			33
	<20 萬元	32	8.4			
	20-39 萬元	80	20.9			
	40-59 萬元	71	18.5			
	60-79 萬元	72	18.8			
	80-99 萬元	45	11.7			
	100-119 萬元	33	8.6			
	120-139 萬元	11	2.9			
	≥140 萬元	31	8.1			

表 4-9 受試者對中醫制度之需求 (N=416)

變項	選項	頻率	百分比	平均數	標準差	遺漏值
過去一年 內看過幾 次中醫門 診 (次)	0	179	43.6	3.31	6.079	5
	1	45	10.9			
	2	48	11.7			
	3	38	9.2			
	4	10	2.4			
	5	25	6.1			
	6-10	32	7.9			
	11-50	34	8.2			
西醫轉診	接受	335	80.5			0
中醫意願	不接受	81	19.5			
中醫轉診	接受	350	84.1			0
西醫意願	不接受	66	15.9			
家庭醫師 制度的付 費意願	0	92	22.1	111.70	126.431	0
	1-50	111	26.8			
	51-100	100	24.0			
	101-200	62	14.9			
	201-500	51	12.2			
家庭醫師 含中醫之 付費意願	0	93	22.4	116.73	130.449	0
	1-50	102	24.5			
	51-100	102	24.5			
	101-200	58	13.9			
	201-500	61	14.7			

五、透過總額政策實施中西醫療整合的建議

本節摘要第三節中與中醫醫療相關的部分內容，但內容並不受限於中醫醫療的部分，並以實際數據作為依據，提出以下的政策建議，其中部分與總額的協定與劃分有直接相關，部分則與總額的協定與劃分間接相關並需要更高層級的政體政策規劃。

以下的政策建議摘要分為六點，但比較詳細的策略內容及後續規劃已經詳述於本章第三節之中。本節的敘述重點，在於為了達成各階段的政策目標，其在政策操作上可以運用的策略內容。

(一)以基層醫療守門員作為控制專科醫療費用的長期策略下，中醫醫療服務與基層醫療進行制度整合具有優勢與必要性

由於醫療費用上漲的同時通常也一併伴隨健保保費調整的困難，這一點台灣與其他國家均面臨類似的問題 (Roberts et al, 2004)；另一方面台灣原本寄望國家醫療費用總額預算的實施，能夠提供足夠的誘因來抑制醫療費用的上漲趨勢，但是國家總額搭配論量計酬的結果，提供充分的誘因鼓勵醫療院所基於個別理性而非集體理性來相互背叛，造成點數持續增加點值下滑的結果。這個

賽局理論所預期的結果同樣出現在德國的基層總額預算中 (Busse & Howorth, 1999)，可見問題極可能在於制度設計本身的缺失，而不在總額執行層次的瑕疵，持續漠視點值稀釋的問題，或將其歸咎醫療院所持續擴充服務量的結果，恐怕無法真正解決問題。

基於分級醫療必須兼顧醫療費用控制的基本前提，本研究建議以家庭醫師制度中的專科醫療守門員功能，作為控制醫療費用的長期策略，而非現行的以總額預算搭配論量計酬作為長期策略。這樣建議的原因，在於期望透過家庭醫師的守門員功能，來增加基層醫療服務，並降低專科服務中的手術率和住院率，這也是部份學者在評估日本醫療體系可以維持較低醫療費用時，所認可的可能原因之一(Hsiao, 1996)。評估研究指出美國最常施行的手術中有 25% 是不必要的，台灣專科醫療的總體費用有必要由家庭醫師的守門員功能來予以節制，至於基層門診本身的總體費用，則可以參考以下的第二點建議來進行節制。

不過專科醫療守門員功能的發揮一定會限制民眾部分現行的就醫自由度，必須考慮以下面第三個建議內容循序漸進，以提升決策層級和執行層級的可行性，降低政治層面的負面衝擊。這樣的陳述不僅說明專科醫療守門員的重要性，也說明中醫醫療服務與基層醫療進行制度整合的優勢與必要性。

(二)以論人計酬的醫療群組織體系作為控制門診醫療費用的長期策略下，中醫醫療服務與基層醫療進行制度整合仍然具有優勢與必要性

醫療費用的主要組成為數量與單價，如果門診醫療費用或總點數上漲的主因在於單價的上升，則應該考慮比論量計酬更具誘因的支付基準來抑制醫療費用。1997 至 2003 年台灣門診醫療費用的申請狀況，門診費用佔總醫療費用的比率在這七年之間穩定維持在 66-68%，其中總醫療費用上漲的年成長率為 6.6%，門診醫療費用總點數上漲的年成長率為 6.2%，兩者的上漲比率僅有微小的差距，因此造成門診費用佔總醫療費用的比率以每年 0.3% 的速度在逐漸減少之中。

特別值得注意的是在門診費用每年所上漲的 6.2% 之中，有 1.2% 來自門診件數或所謂「數量」的增加，但有 5.0% 來自每件申請費用或所謂「單價」的增加。在此數據的前提下，論人計酬由於可以提供充分的誘因來降低門診的單價，因此對社會總醫療門診成本的控制將具有實質上的作用。不過由於病患名單、論人計酬、和守門員功能為家庭醫師的重要組成，其實施有待下一個政策建議的完整內容。

另一方面，論人計酬下的全國總人口數由於固定不變，以論人際酬作為支付基準的結果，社會總醫療點數就等於全國總人口數，總額預算下浮動點值的概念在門診費用的部分將不再適用，但政策制定時將回歸每人合理醫療門診費用應該如何設定的討論。

上述兩點建議的內容看似與醫療費用控制有關，但實際上這兩點建議也正是建立家庭醫師制度的兩個重要組成。這樣的陳述方式也顯示，基層醫療體系或家庭醫師制度的建立，不僅與分級醫療有密切關係，它同時也是國家控制總體醫療費用政策中不可或缺的長期策略。在這樣的長期策略之下，中醫醫療服務與基層醫療進行制度整合具有其優勢與必要性。

(三)建立由中西基層醫療主導的分級醫療制度但策略上不排除由醫院主導

本研究提出四階段七步驟的基層醫療改革計畫案，以建立由基層醫療主導的分級醫療制度，其中第一階段為建立基層醫師基金（包括民眾登記家庭醫師、組織開業醫師聯盟、實施論人計酬支付單位三個步驟）。第二階段為將部份住院及手術醫療費用，轉入基層醫療論人計酬的財務機轉，再由基層醫師付費給醫院服務的專科醫療，以落實轉診制度。第三階段為落實分級醫療階段（包括限制民眾逕赴醫院就醫，及限制民眾在同一聯盟內看診兩個步驟）。第四階段則在上述基礎之上落實基層醫療保健的精神，以社區為據點整合醫療領域中不同專業領域的服務，例如精神醫療、長期照護、與部分社會工作等等。其詳細內容如本章第三節所述。

這樣的設計具有其一定的步驟與階段，其誘因的設計詳情如第四點建議的內容所述，但就其主要精神而言，民眾登記家庭醫師的目的，在於針對每位家庭醫師形成病患名單，並讓家庭醫師對名單中的病患健康負起責任，這也是整個家庭醫師制度最核心的精神所在。對名單中病患的健康不必負責的家庭醫師制度，只是徒具形式的表像而已，這一點應該嚴肅的用來評價台灣目前雖推動的家庭醫師試辦計畫。

基層開業醫師聯盟的成立，目的在達成基層的水平整合、專業分工、與部分的市場區隔，並為論人計酬支付基準的實施預作準備，這一點只要提供誘因之後任由市場機制運作即可，但台灣實施家庭醫師試辦計畫所提供的誘因為行政經費，誘因不夠明確，此議題留待下一點建議中從誘因的角度再作分析。

至於論人計酬制度的實施，主要目的除了提供財務誘因期待

基層醫師以更具效率的方式提供服務，包括透過上述的聯盟機制鼓勵聯合執業之外，其核心價值更在於加重個別醫師對病患健康的責任。因為第一步驟加在醫師身上的責任僅僅在於登記人口數的多少，而第三步驟加在醫師身上的責任還包括健康促進和疾病的早期治療，因為在論人計酬的機制下，病患的健康與醫師的收入呈現正相關；而在論量計酬的機制下，病患的健康與醫師的收入呈現負相關。

第二階段落實轉診制度的設計必須在時間上較晚實施的原因，第一是因為基層的整合應該要先建立完成，第二則是策略上必須將部份住院、手術等專科醫療費用，轉為透過論人計酬機制預先付給基層醫師，在由基層醫師依病患狀況付費給醫院，因此牽涉到基層總額與醫院總額之間的部分重新調整與劃分，其所必須面臨的政治效應最好在基層整合之後再發生。至於第三步驟落實分級醫療階段，由於牽涉到民眾就醫選擇權的損失，則理應最後發生，而政治策略上最好透過前面的步驟讓民眾已經習慣看家庭醫師之後再全面實施。

上述策略可以不必硬性排除由醫院來主導的考量則有三個。第一個原因是政治面的考慮，因為醫院代表往往在醫療政策的制定上，比基層醫療團體更具影響力，因此沒有必要在政治操作技巧上犯過分嚴重的錯誤。第二個原因是技術上的考慮，因為醫院如果願意整合基層診所，形成完整的病患名單並以論人計酬作為支付基準，由體系內部自行形成轉診制度，這樣做並不妨礙分級醫療政策目標的完成，架構上也與家庭醫師制度的三個基本組成相符合。第三個原因是長期效應的考慮，因為除非醫院之間也成立類似的聯盟，否則以醫院為主導的整合體系只會有單一或少數幾家後送醫院，相對於由基層醫療群所主導的體系，後者可以與非常多家後送醫院同時簽訂合約，屆時民眾的選擇會傾向於那一種有待觀察。另一方面，基層醫師如果在短時間之內就明白，由自己主導的體系可以由全民健保局獲得論人計酬費用，將來也不排除由其他民間保險人獲得其他醫療服務合約的機會，同時又可以有能力與醫院談判轉診合約的內容，屆時基層醫師會如何選擇也值得觀察。雖然在美國許多醫院以垂直整合 (vertical integration) 的概念來合理化這種由醫院主導的社區醫療，但由歐洲國家醫院系統的發展歷史來看，這樣的觀念未必符合分級醫療的功能性區分 (Healy and McKee 2002)，甚至於垂直整合概念在美國本身的實施結果也只有極少數成功的例子，反而轉向虛擬整合 (virtually

integration) 的方向發展 (Robinson, 1997; Conrad, et al, 1988)。

上述的基層醫療改革過程中，與中醫醫療密切相關的步驟，包括中醫醫療選擇是在制度設計一開始就加入此一制度改革過程，還是擇選擇是在基層醫療的改革告一段落之後再加入整合。在民眾登記家庭醫師的階段，應該決定中醫診所是否要開放自由參加基層醫療群？中醫師是否要列入民眾選擇的名單之中做為家庭醫師的候選人，或只是基層醫療群的合作醫師？中醫診所是否可以作為執行中心，負責統合其他的診所？或者當政府必須釋出品質指標做為民眾選擇家庭醫師的依據時，應該考慮以中醫醫療服務而言，其存在與否也可以作為品質指標的一環。

在組織中醫開業醫師聯盟的階段，開業醫師在尋求聯盟的合作夥伴時，即會進行專業的分工與整合，並開始部分的市場區隔，例如決定聯盟要不要提供或強調某些科別與項目的服務等等，中醫醫療此時會列入醫療群合作對象的考量，但其供給面的誘因可能必須在支付制度中予以鼓勵。此階段應注意針對企業界以及醫療領域，尤其是開業醫師之間或中西醫療之間的水平整合 (horizontal integration) 或虛擬整合 (virtual integration) 進行學理及實務經驗的探討，同時針對如何避免聯盟所造成的獨占進行結構分析，並藉此研究為實務規劃原則預作準備。此外必須決定中醫診所是否可以承接作為財務運作的執行中心。

在實施論人計酬的階段，與中醫醫療有關的議題，包括必須在財務面規劃中醫總額與基層總額的接軌問題與拆帳方式，以及如何在危機調整論人計酬公式之中列入中醫醫療服務的考量。在整個第一階段的三個步驟全部實施之後，從實務面來說，家庭醫師基金制度已經大部分完成，西醫基層總額與中醫總額的整合問題也已經大致完成。

(四)以民眾登記家庭醫師的財務誘因作為改革的起始點

當政策規劃釋出每次至家庭醫師處就診減免 50 元部份負擔的財務誘因時，民眾是否登記家庭醫師，或是否至家庭醫師處就診仍是自由的，但此舉將讓全國的民眾全部成為潛在的家庭醫師登記者，這正是鼓勵基層醫師自動自發組織醫療群的最強烈誘因，而組織基層醫療群之後所需的行政費用只是彌補必要的開銷而已，對基層醫師而言未必是強烈的誘因。此時當然開業醫師是否組織聯盟也是自由的，但後續可能隨時實施的論人計酬及轉診制度，則又進一步成為未來可預期的財務面與制度面的雙重誘因。

當基層醫師透過論人計酬掌握部份轉診醫療費用時，制度上

已經提供充分的誘因讓醫院積極競爭診所的轉診合約，而競爭的手段無非就是提高品質與降低價格，轉診制度的建立在此時成為財務誘因與制度設計下的自然結果，而非行政措施管制下的暫時現象。

由總額中補助部份負擔可能每年增加 58-115 億元的總額醫療費用，其計算基礎為每次基層門診減免 50 元，每人每年基層門診 5-10 次，全台灣 2300 萬人。這樣的補助不但具有強烈的專業技術性考量，這樣的策略也可以具有強烈的政治性考量。因為衛生署因應健保制度改革與保費收入不足所提出的三個主要策略，分別為增加健保費率、增加部分負擔、減少健保給付項目，不但在學理上加重財務弱勢者與健康弱勢者的財務負擔，在政治上也容易招致反彈。因此在政治技巧上可以考慮在擴大費基或調整費率的同時，以補助家庭醫師基層門診的部分負擔作為交易，並以此作為對民眾宣示進行制度改革的政治承諾。當民眾對制度顯示出愈大的不滿時，給予民眾較多承諾並進行重大的改革，其實是相當有效的政治策略 (Edelman, 1984)。

補助部份負擔還有一層重要的學理考量，就是部分負擔的財務來源無論是病患個人、健保局、醫療院所、甚或商業保險公司，此一醫療支出由社會成本的角度而言是完全一樣的，因為經濟成本指的是資源耗用時所產生的機會成本，而由誰付費買單只是移轉性的支出。如果由機會成本或社會成本的角度來進行政策的邊際分析，健保局補貼部分負擔的策略並不會增加社會總成本，但卻足以藉此啟動下一波台灣醫療體系的整體改革。

唯一的顧慮是補貼部分負擔會不會反而鼓勵民眾多看基層門診，因而實質增加社會總成本。依據 RAND 的實驗計畫門診次數的價格彈性遠低於住院次數的價格彈性，其中門診次數的價格彈性大約為 -0.23 (Newhouse, 1993)，其他的研究經驗也顯示門診次數的價格彈性為 -0.1 至 -0.2 (Feldstein, 1999)，因此補貼門診部分負擔對於增加總體門診次數的效果極微小，加上後續可能實施的論人計酬與專科醫療守門員措施，都可以有效抑制總體醫療成本，因此總體而言補貼門診部分負擔是有效果 (effective) 而且有效率的 (efficient) 階段性策略。

此階段如果以免除部分保費或部分負擔做為民眾登記家庭醫師的誘因，則必須注意財務誘因的釋出對於中醫門診服務與家庭醫師合作具有絕對的誘因，因為未加入家庭醫師醫療群的中醫診所並未能享有相同的制度誘因，不僅是民眾到加入基層醫療群的

中醫診所有免部份負擔的誘因，中醫診所如果未加入基層醫療群，則會面臨來自其他中醫診所與其他西醫診所的挑戰，因為原本選擇中醫門診的民眾，有可能因為西醫門診較便宜而改為接受西醫門診。

(五)以醫院、基層、及藥費總額之額度轉移作為長期調整策略

雖然由於價格彈性的關係，補貼門診部分負擔對於增加總體門診次數的效果極微小，但補貼基層家庭醫師門診，卻不補貼醫院門診，也不補貼基層非家庭醫師門診，其所造成的就醫場所間的轉移效果可能是非常大的，這部分並不是單一的價格彈性所能解釋或預測的。總額機制有必要基於人民對上述誘因所作的選擇行為，對醫院總額與基層總額之間進行重分配，以避免提供較多醫療照護者的損失。這部分的資源重分配比較屬於事後的調整機制，而非事前的調控機制，但即使是事後的調整機制也可以在事發之前，就訂定好遊戲規則，協商雙方的參與者之後再實施。

與人民的就醫選擇同時發生的是醫師執業地點的選擇。如果預期家庭醫師制度的實施可以吸引醫院醫師至基層開業，則基層開業醫師的增加就會伴隨基層門診服務量的增加而同時發生。不過總額的設定與調整，可以不必特別針對醫療供給量的變化進行調整，以免造成負向的行為動機，讓資源一直往原本資源就相當充分的地方再作移動。

在家庭醫師制度之下，由於醫院總額的門診支出將逐漸減少，基層總額的門診支出將逐漸增加，因此有必要將部份的醫院總額轉為基層總額使用，其轉移的基礎可以由費用協定委員會與醫療提供者共同協商，或進行部份的檔案分析，例如協商以門診人次的改變率為基礎，或以拿藥日數的改變率為基礎，或以實際申報點數的改變率為基礎。但為了配合整體的規劃以達成級醫療目標的完成，也為了協商過程中讓費用協定委員會能夠有更為明確的政策操作空間，本研究建議將藥費分別成立總額，或至少在醫院與基層總額就門診費用進行轉移時，對於藥費的轉移作單獨的考量。

醫師診察費的轉移比較可以由門診人次簡單計算就獲得答案，頂多是考慮基層醫師透過群體執業所預期的效率改善或工時減少的部分，但藥費的轉移就不一定是線性的轉移。如果基於本章所建議的家庭醫師制度，以及下兩章所建議的論病例計酬住院支付制度，和實施藥費總額的共同影響，當醫院總額將慢性病人的門診費用大量轉移至基層總額時，基層總額的慢性病患藥費預

期會有大量的增加，這部分理應增加基層總額中的藥費以為因應。但同時費用協定委員會也有充分的理由，要求基層總額減少傷風感冒等基於醫學理由原本可以不必服藥的藥費總額，這些部分可以交由費用協定委員會協商與操作。

(六)危機調整機制與選擇家庭醫師的自由度為制度成功的關鍵性設計

以論人計酬支付基準所建立的多元保險人制度，不論保險人的組織型態是屬於營利公司、非營利性法人、或是基層開業醫師聯盟，此一制度可能衍生的最大弱點，就是承擔財務風險的保險人可能歧視醫療費用較高的病人。制度設計上應該事前盡量避免或減少這個主要弱點的影響，避免的方式在供給面設計的部分是危機調整論人計酬的公式，在需求面設計的部分是選擇家庭醫師的自由度保障。

危機調整論人計酬的公式計算，所牽涉到的學理探討較少，實證模型的演算較多，但一般而言在相對較少的母數之下危機的計算不可能完全精確，因此危機調整公式可以減少，但無法消除部份病患可能被歧視的現象，因此部分不列入公式計算的除外規定、個別醫療群的停損點設計、或醫療群最低人數的規定，均應該列入公式設計的一部分作整體考量。

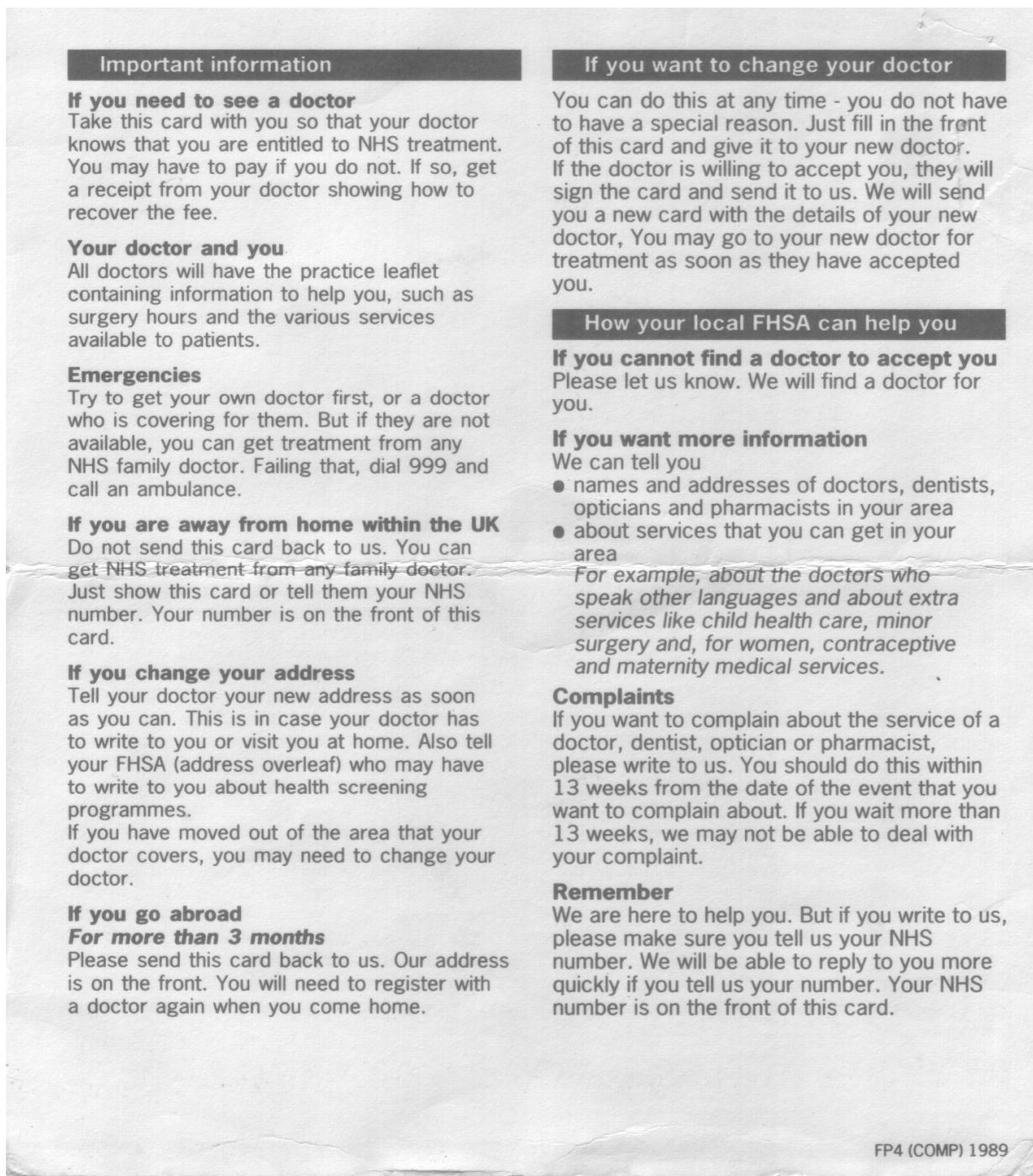
由於家庭醫師的登記會限制民眾在生病時找其他醫師作為第一位接觸醫師的自由，因此容易產生雙邊獨占 (bilateral monopoly) 的賽局，亦即醫師一旦獲得契約之後，在契約有效期間醫師可以有比較大的空間，對契約內容重新約定與詮釋，這種現象在缺乏契約競爭者的情境下更容易發生 (Mayer, 1985)。

為了維持人民選擇家庭醫師的自由，與維持基層醫師在獲得契約之後的競爭情境，制度設計應該賦予人民隨時自由選擇家庭醫師的權利，這樣的選擇也是人民運用理性可以有能力處理的選擇(Rice 2001)，而不是在制度上限制人民必須登記期滿一段時間之後，才能再進行下一次登記。規定上人民雖然隨時可以更換家庭醫師，但實證上更換的情形未必經常發生，而且絕大多數不想更換家庭醫師的人民，也不必在固定時間強迫重新登記一次，因此反而節省行政成本。

英國的國民健康服務卡上 (圖 4-1)，有關於如果人民想更換家庭醫師的說明如下：「如果您想更換家庭醫師，您隨時都可以更換，而且不必有特殊的理由。只要將卡片正面填妥交給您的新醫師即可，這位新醫師如果接受您作為照顧對象，他會在卡片上簽名並將卡片寄回給我們，我們會再補寄一張新卡給您。從新醫師

接受您的那一刻起，您就可以在新醫師處就醫。」

圖 4-1 英國國民醫療保健卡樣張



誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會計畫編號CCMP96-RD-012提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

參考資料

1. 中醫師人力與醫療服務使用情況調查研究, 衛生署醫政處, 1986.
2. 台灣省文獻委員會, 台灣省通誌, 卷三: 政事志-衛生篇。南投: 台灣省文獻委員會, 1952。
3. 江東亮(1995)台灣地區的醫師人力政策: 1945-1994。中華衛誌, 14(5), 383-391。
4. 江東亮(1999). 醫療保健政策: 台灣經驗. 台北: 巨流.
5. 江東亮(1988), 台灣地區醫療照護的發展與問題, 中華衛誌, 1988; 8: 75-90。
6. 江東亮、李彩萍(1990): 中醫師人力供給。全民健康保險制度規劃技術報告, 第 15 章, 行政院經濟建設委員會, 第 474-488 頁。
7. 江東亮、蘇春蘭(1990): 農民健康保險對農民醫療消費行為的影響, 中華衛誌, 第 10 卷第 2 期, 第 79-88 頁。
8. 江東亮(1988): 健康與公共衛生的歷史, 陳拱北預防醫學基金會主編. 公共衛生學. pp. 9-35, 1988.
9. 考試院(1990), 中醫師國家考試研究報告。
10. 行政院衛生署(1991), 台灣地區民眾健康狀況及就醫行為調查, 民 80 年。
11. 吳淑瓊、楊志良、吳新英(1982): 影響傷病發生與醫療行為之多變分析研究, 中華衛誌第 1 卷, 第 35-45 頁。
12. 吳凱勳、李卓倫(1990): 中醫醫療, 全民健康保險制度規劃技術報告, 第 19 章, 行政院經濟建設委員會, 第 559-570 頁。
13. 吳就君(1981): 台灣地區居民社會醫療行為研究, 公共衛生 8(1): 25-49。
14. 李卓倫, 紀駿輝, 賴俊雄(1994): 1981-1994 年中醫政策研究之回顧。公共衛生 21(2):97-107, 1994.
15. 李卓倫、賴俊雄、陳太義、張永勳、溫碧輝、游隆權(1991): 不同團體對中醫藥納入全民健康保險之意見, 公共衛生, 第 17 卷第 4 期, 第 319-325 頁。
16. 李卓倫、賴俊雄、陳太義、游隆權、詹清旭(1990): 中醫師人力及中醫醫療機構現況, 中華衛誌第 10 卷第 3 期, 第 136-142 頁。
17. 李卓倫、賴俊雄、陳世堅、陳秋瑩, 張淑桂、紀駿輝(1994): 台灣地區中醫師生產力函數推估, 中醫衛誌, 第 13 期第 2 卷, 第 156-167 頁。
18. 李卓倫 (2004) 如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究, 衛生署全民健保醫療費協定委員會。

19. 李采娟(1999)，民眾中醫醫療需求與中醫師人力供給之規劃研究—以數學方程式之電腦模擬模式為規劃工具，行政院衛生署八十八年委託研究計畫，1999。
20. 杜聰明(1972)，台灣醫學教育之發展，台灣醫藥衛生總覽，醫藥新聞社，1972。
21. 林芸芸(1992)：中西醫療利用型態的文獻回顧與實證研析，中華家醫誌，第 2 卷第 1 期，第 1-13 頁。
22. 林宮美(1992)：西醫門診糖尿病人求醫行為的質性研究，台灣大學公共衛生碩士論文。
23. 林瑞雄、江東亮、洪永泰、張明正(1991)：國民健康調查之規劃與試驗，行政院衛生署。
24. 邱清華、陳金生(1990)：台灣地區中醫醫療狀況及需求之研究，行政院經濟建設委員會。
25. 張嘯世(1984)，中華民國醫事人員考試制度，正中書局，1984。
26. 教育部醫學教育委員會(1974)，1977 年及 1982 年全國醫事人員供應與需求之推計。
27. 許子秋、莊國實、吳新英(1984)：台灣地區民眾健康狀況及醫療需求之調查研究，行政院衛生署。
28. 郭乃文、湯澡薰(1999)，我國中醫師人力供需推估之研究，行政院衛生署八十八年委託研究計畫。
29. 郭靜燕(1992)：中醫求醫行為的決定因素，台灣大學公共衛生碩士論文。
30. 陳太義、李卓倫、賴俊雄、張永勳、溫碧輝、游隆權(1990)：中醫藥界對中醫藥納入全民健康保險之意見，中國醫藥學院研究年報，第 16 卷，第 499-510 頁。
31. 陳太義、李卓倫、賴俊雄、游隆權、張永勳、官錦鳳(1990)：台灣地區中醫醫院之現況，中醫藥雜誌，第 1 卷第 1 期，第 58-66 頁。
32. 陳太義、賴俊雄(1990)：中醫藥納入全民健康保險之可行方案研究，行政院衛生署經濟建設委員會。
33. 陳太義.賴俊雄.(1990)中醫藥納入全民健康保險之可行方案，行政院經濟建設委員會。
34. 彭建章、吳錦才、朱開武、柯木興(1989)：勞工保險試辦中醫門診業務成效檢討之研究。台閩地區勞工保險局。
35. 曾淑芬(1999)，中醫系學生意涯發展與未來社會供需推估，行政院衛生署八十八年委託研究計畫。

36. 游隆權、陳太義、賴俊雄、張永勳、官錦鳳、李卓倫(1990)：台灣地區中醫診所之現況分析，公共衛生，第 17 卷第 2 期，第 136-142 頁。
37. 游隆權.張永勳.陳太義.賴俊雄.李卓倫(1990).台灣地區中醫診所之現況分析. 公共衛生 17 : 136。
38. 楊漢泉、葉金川(1986)：中醫師人力與醫療服務使用情形調查研究，行政院衛生署醫政處。
39. 蔡淑芬(1983)：烏腳病地區居民醫療行為之研究，中華衛誌第 2 卷，第 95-113 頁。
40. 衛生統計，行政院衛生署，1989.
41. 蕭慶倫,楊志良,盧瑞芬(1989)：從全民健保看我國醫療保健體系. 全民健康保險國際研討會. 台灣。
42. 賴俊雄,李卓倫,陳世堅,紀駿輝(1992)：中醫醫療需求與供給之整合研究. 行政院衛生署。
43. 賴俊雄,李卓倫(1991): 中醫師養成教育之評估研究. 行政院衛生署.1991.
44. 賴俊雄、李卓倫、紀駿輝(1993)：勞保中醫門診制度現階段重要議題之改進研究，台灣地區勞工保險局。
45. 賴俊雄、李卓倫、陳世堅、紀駿輝(1992)：中醫醫療需求與供給之整合研究，行政院衛生署。
46. 賴俊雄、李卓倫(1991)：中醫師養成教育之評估，行政院衛生署。
47. 賴俊雄等(1993)：推動兩岸中醫藥學術交流工作：中國大陸中醫藥法令體系，行政院衛生署。
48. 藍忠孚 (1997)：全民健保後醫師人力供需現況與未來推估之研究。行政院衛生署委託研究計畫。
49. 藍忠孚、李玉春(1982)：台灣地區未來二十年醫師、牙醫師人力需求之規劃研究，行政院經濟建設委員會。
50. 醫療保健計畫：建立全國醫療網第二期計畫，行政院衛生署。
51. 羅紀琼(1991)：勞保中醫利用，行政院衛生署。
52. 羅紀琼(1993)：勞保被保險人中醫利用之研究，全民健康保險相關問題研討會論文級，中央研究院經濟研究所。
53. Andersen R (1968) : A Behavioral Model of Families' Use of Health Services. University of Chicago, 1968.
54. Blendon RJ, Benson J, Donelan K, Leitman DR, Taylor H, Koeck C, Gitterman D. (1995) Who has the best health care system? A second look. Health Affairs 14(4): 220-230.

55. Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellise L, Lombardia EC. (1991) Spain's citizens assess their health care system. *Health Affairs*, Fall.
56. Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. (1990) Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs* 9(2): 185-192, Summer.
57. Boerma WGW, Fleming DM. (1998) *The Role of General Practice in Primary Health Care*. London: The Stationery Office.
58. Braun P, et al (1992) : Resource-based relative value scale : its future development and reform of physician payment, *Medical Care* 30(11), Supplement, 1992.
59. British Medical Association (1986). *Alternative therapy : report of the board of science and education*. London : British Medical Association 1986.
60. British Medical Association (2000). *Acupuncture : efficacy, safety and practice*. London : British Medical Association 2000.
61. Budd S. and Mills S. (2000) Professional organization of complementary and alternative medicine in the UK 2000 : a second report to the department of health. Exeter : University of Exeter 2000.
62. Budd S. and Sharma U. (1994) *The healing bond : the patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility*. London : Routledge 1994.
63. Busse R, Howorth C. (1999) Cost containment in Germany: twenty years experience. In: Mossialos E, Le Grand J. (eds.) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate. pp. 303-335.
64. Campbell DT, Stanley JC. (1963) *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research*. Boston: Houghton Mifflin Company.
65. Cant S. and Sharma U. (1999) *A new medical pluralism ? alternative medicine, doctors and the state*. London : UCL Press 1999.
66. Chi C (1994) : Integrating traditional medicine into modern health care system : examine the role of Chinese medicine in Taiwan, *Soc Sci & Med* 39.3, 307-321, 1994.
67. Chi C, Lee JL, Lai JS, Chen CY, Chang SK, Chen SC. (1996) The practice of Chinese medicine in Taiwan. *Soc. Sci. Med.* 1996.
68. Chi C, Lee JL, Lai JS, Chen CY, Chen SC, Chang SK. (1997) Utilisation of Chinese Medicine in Taiwan. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 3(4): 40-53.
69. Chi C, Lee JL, Lai JS. et al (1992) : The demand and supply of Chinese

- medicine in modern health care system. American Public Health Association 119th Annual Meeting, Asia American Scientific Sessions, Wasions, Washington DC, November 8-12.
70. Chi C. (1994) Integrating traditional medicine into modern health care systems: examining the role of Chinese medicine in Taiwan. *Soc. Sci. Med.* 39(3):307-321.
71. Croizier RC (1968) : Traditional Medicine in Modern China : Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change. MA : Harvard University Press, 1968.
72. DOH, Health Statistics. accessed march 12 2008.
73. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (2005) Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
74. Evans RG (1984) : Strained Mercy. Toronto : Butterworth, 1984.
75. Featherstone C. and Forsyth L. (1997) Medical marriage : the new partnership between orthodox and complementary therapies. Scotland : Findhorn Press 1997.
76. Feldstein M (1974) : Econometric studies of health economics. From : Frontiers of Quantitative Economics, Vol II, ed. MD Intriligator & DA Kendrick, North-Holland Pub Co. 1974, 377-442.
77. Groenewegen PP, Dixon J, Boerma WGW. (2002) The regulatory environment of general practice: an international perspective. In Saltman RB, Busse R, Mossialos E. eds. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
78. Harrison T. (2003) Evidence-based multidisciplinary public health. In Orme J, Powell J, Taylor P, Harrison T, Grey M. eds. *Public Health for the 21stst Century: New Perspectives on Policy, Participation and Practice*. Buckingham: Open University Press.
79. Henke K-D, Murray MA, Ade C. (1994) Global budgeting in Germany: lessons for the United States. *Health Affairs* 13(4): 7-21.
80. House of Lords Select Committee Report on Science and Technology. (2000) Complementary and alternative medicine. London : The Stationery Office, HL Paper 123. 2000
81. Hsiao WC, et al (1988) : Resource-based relative value, *JAMA* 260(16) :

- 2347-2446, 1988.
82. Hsiao WC. (1996) Afterword: Cost—The Macro Perspective. In Ikegami N, Campbell JC. eds. *Containing Health Care Costs in Japan*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
83. Hsu TC, (1965) Ten year health plan for Taiwan. *J Formosan Med Assoc*, 1965 ; 64 : 183-211.
84. <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/%BD%C3%A5%CD%B0%CA%A6V/95/95.htm>
85. Kerr GH. (1974) *Formosa: Licensed Revolution and the Home Rule Movement 1895-1945*, pp. 84-85. The University Press of Hawaii, Honolulu, 1974.
86. Lan, C. (2005) An overview of Chinese medicine and Western medicine under National Health Insurance. In: Lue HC, Chang YH, Lin IH eds, *Initiation and Mechanism of the Traditional and Modern Medicine Dialogue*, Taipei, Committee on Chinese Medicine and Pharmacy, Department of Health, pp.27-30.
87. Lee RPL, (1973) Population, housing and the availability of medical and health services in an industrializing Chinese community. *J Chin Univ. Hong Kong* 1:191, 1973.
88. Lee-Treweek G. (2002) Trust in complementary medicine : the case of cranial osteopathy. *Sociological Review* 50 (1) : 48-68.
89. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS (1987) : Health insurance and the demand for medical care : evidence from a randomize experiment, *The American Economics Review* 77.3, 251-277, 1987.
90. McPake B, Kumaranayake L, Normand C. (2002) *Health Economics: An International Perspective*.
91. Ooi GL. (1982) Conservation-dissolution: a case-study of Chinese medicine in Peninsular Malaysia. Doctoral dissertation, Department of Human Geography. Australian National University, Canberra, 1982.
92. Paterson P, Dieppe P. Characteristics and incidental (placebo) effects in complex intervention such as acupuncture. *BMJ* 2005; 350: 1202-1205.
93. Rankin-Box D. (2001) *The nurse's handbook of complementary therapies*. Edinburgh : Bailliere Tindall, published in association with the Royal

- College of Nursing 2001.
94. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. (2004) Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford: Oxford University Press.
 95. Schwartz FW, Busse R. (1996) Fixed budgets in the German ambulatory care sector. In: Schwartz FW, Glennerster H, Saltman RB (eds.) Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America. Chichester: Wiley & Sons. pp. 93-108.
 96. Sharma U. (1992) Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients. London: Tavistock/Routledge.
 97. Starfield B. (1996) Is strong primary care good for health outcomes? In Griffin J. ed. The Future of Primary Health Care. London: Office of Health Economics.
 98. Stone J, Matthews J. (1996) Complementary Medicine and The Law. Oxford: Oxford University Press.
 99. Tsurumi EP (1984) : Colonial educating in Korea and Taiwan. In Myers RH and Peattie in Korea and Japanese Colonial Empire 1895-1945, NJ : Princeton Univ. Press, 1984.
 100. Unschuld Pu. (1976) The social organization and ecology of medical practice in Taiwan. In Asian Medical System (Edited by Leslie C), pp.300-316. University of California Press, Berkeley CA, 1976.
 101. Varian HR (1993): Intermediate Microeconomics : A Modern Approach, 3rd ed, New York : W. W. Norton & Company, 1993.
 102. Wang TF.(2005) Integration of Chinese medicine and Western medicine in Taiwan. In: Lue HC, Chang YH, Lin IH eds, Initiation and Mechanism of the Traditional and Modern Medicine Dialogue, Taipei, Committee on Chinese Medicine and Pharmacy, Department of Health, pp.54-58..
 103. World Health Organization. Primary Health Care. (1978b) Geneva, World Health Organization.
 104. World Health Organization. (1978a) The Promotion and Development of Traditional Medicine. WHO Technical Report series No. 622. Geneva, World Health Organization.
 105. World Health Organization. (2002) WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva, World Health Organization.

