

99 年度中醫門診總額地區預算分配模式對醫療資源及民眾就醫權益之影響評析 研究計畫

洪錦墩 中臺科技大學

摘要

中醫門診醫療服務是全民健康保險的給付項目，過去因歷史及中醫醫學教育等因素，使中醫醫療資源過度集中於台灣的中部地區與部分都會區域，為能提升各地區保險對象就醫之公平性及促進各地區醫療資源朝更均衡分布方向發展，中醫於 2000 年實施總額分配制度，希望透過分區預算總額之分配公式及點值誘因而達成中醫師人力等資源的均衡分布。

本研究主要運用 GINI 係數分析健保開辦以來中醫師人力地理分布之變動情況，觀察點值變動與中醫師人力分布之關聯，同時也分析新設中醫醫療機構與新執業之中醫師的執業地點分布。也分析中醫醫療利用與費用在地理人口上之分配的集中程度，並以地圖方式呈現 1995 年至 2008 年間台灣地區每萬人人口中醫師分布情況。

研究結果發現，中醫師人力的 GINI 係數由 1996 年的 0.414565 到 2008 年降低至 0.354312，中醫師人力之地理分布是漸趨平均。無中醫師服務的鄉鎮數由 1996 年第一季 119 個鄉鎮地區無中醫師服務，至 2008 年第四季降低為 109 個鄉鎮地區無中醫師服務。

雖然整體中醫人力與醫療資源之分配是有改善，但整體而言，中醫醫療資源與中醫師人力仍有相當程度集中於都會區。近 3 年新設立之中醫醫療機構與新執業中醫師仍有相當高的數量選擇都會區與中醫醫療資源豐富地區設立機構或開業。中醫總額實施後，整體浮動點值對於全台灣地區鄉鎮層級中醫師人力 GINI 係數變動，有一定程度之統計關聯；即隨著中醫總額制度之實施，中醫師人力在鄉鎮層級是趨於分布平均，只是幅度不大。同時，在總額分配制度下不同之健保分區下，點值對其區域內中醫師人力之地理分布也有差異，在總額分配制度下不同之健保分區下，點值對其區域內中醫師人力之地理分布也有差異，中區相對於其他地區於總額點值與中醫師人力地理分布有更好之相關效果。

總額分配以健保局的六個分區為基礎的條件，企圖以點值的差異造成經濟誘因引導中醫醫療資源與中醫師人力進入資源較少的分區，在效果上並不明顯，是否為中醫師人力增加下自然的人力擴散亦或是總額點值之實質影響，建議進一步以時

間序列加以釐清。亦可同時考慮其他非經濟誘因的策略來改善中醫師人力地理分布不平均的問題。