

計畫編號：100K2086

行政院衛生署 100 年度委託研究計畫

100 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」

研究報告

執行機構：中臺科技大學

計畫主持人：洪錦墩

協同主持人：黃光華、李卓倫、黃昱瞳

研究人員：李淑芬、施雅文、謝儀靜

本年度計畫：自 100 年 03 月 01 日至 100 年 12 月 15 日止

*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對媒體
發布研究成果應事先徵求本署同意

100 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

中醫醫療服務為全民康保險一部份，但中醫醫療資源的分布仍相當不平均，且集中於臺灣西部及都會區，如何解決中醫醫療資源分布均衡，確保每位被保險人就醫權益成為重要政策目標。本研究之目的在瞭解中醫實施總額預算後，其地區總額分配模式變動對中醫醫療資源分布之影響，並針對分配模式加以評估及提出建議。

研究以時間序列分析歷年臺灣地區總額點值，對整體臺灣鄉鎮層級中醫師人力之地理分布均衡的影響，並比較在中醫總額地區預算分配試辦計畫前後之變化。再區分中央健保局轄下六個業務組各季總額點值之變化，以及中醫師人力 GINI 係數之變動情形，以釐清總額點值對於中醫師人力地理分布之影響，以進一步評估解釋點值引導中醫師人力分布均衡之可能性。同時以政策德菲法，瞭解學者專家對於中醫總額制度分配公式之意見整合，嘗試提出總額公式的修正建議，提供未來中醫門診總額地區預算分配更適切模式及建議。

研究結果發現，中醫總額實施後，以時間數列分析結果來看，中醫師人力資源分布，確因點值差異有所改善，且時間差約在兩季之後，隨著全台點值變動相關，但變動幅度低於中醫師地理分布的自然均衡趨勢。德菲研究之主要結論為中醫總公式可以考量的優先因素有戶籍人口佔率、中醫利用人口佔率、人口風險因子、區域執業成本、中醫診所數量及無中醫師服務鄉鎮人口數等。

研究建議為中醫醫療資源嚴重分布失衡問題，乃屬歷史發展所造成之問題，需要時間來進行改善，政府公權力介入將是最迅速有效的解決方式。在中醫利用比率及資源分配改善前，短期或可考慮優先滿足有中醫醫療需求的全民健康保險民眾之就醫權益，在有預算專款致力於改善中醫師地理分布的前提下，中醫總額公式建議簡化目前複雜的分配公式，短期可以考慮納入中醫醫療利用人口與區域人口共同為分配基準，以逐年資源分布及民眾使用率情況，再逐步轉為以人口健康風險評估後之區域預算分配為宜。

關鍵詞：中醫、總額預算、德菲法、時間序列分析

The Impact of Chinese Medicine Global Budgeting Under National Health Insurance on the Distribution of Health Resources

Chin-Tun Hung
Central Taiwan University of Science and Technology

ABSTRACT

Chinese medical service is part of National Health Insurance, but distribution of resource of Chinese medical service is quite unbalance, mostly served in western Taiwan and Metropolitan area. It is crucial policy to solve the balance of Chinese medical service and ensure insured right of having medical resource freely. The purpose of this study was to understand the effect of implementing Chinese medicine global budget on distribution of the medical resource of Chinese medicine by capping over expenditure. It was also expected to evaluate and suggest distributive model.

This study used time series method to analyze the effect of global point value on Chinese medicine physicians' distribution, and compare the change before and after Chinese medicine global budget distributive demonstration program. Furthermore, it was also to identify the effect of global point value on manpower's geographic distribution of Chinese medicine physician by comparison change between global point value of each season of six administrative districts of the Bureau of NHI (BNHI) and value of GINI coefficient of Chinese medicine physician's manpower. Meanwhile, we used Delphi Method to develop the Chinese medicine global budget distributive formula through the participation of specialist in anonymity.

Major findings of this study are summarized as follow:

1. After implementing Chinese medicine global budget, the manpower of Chinese medicine physicians has improved via difference in point value after two seasons.
2. The Chinese medicine global budget distributive formula based on Delphi Method suggested that the priority of distributive formula included proportion of household, proportion of utilization of Chinese medical service, risk factor, regional practice cost, number of Chinese medical service clinic, and number of population which has no Chinese medical service in the township.

We suggest that the unbalanced problem of Chinese medicine's resource was caused by its history factors and needed more time to improve. The best solution to this problem is that government agencies are governed to implement policies by law.

Before utilization and resource distribution of Chinese medical service are improved, the authorities may give priority to insured rights for medical treatment in the short-term. Under government's budget for special fund improving geographic unbalanced distribution of Chinese medical service, distributive formula of Chinese medical service global budget can be simplified. Both the number of population and area population who use Chinese medical service can be regarded as distributive basis. It is appropriate for using regional budget distribution of population health risk assessment after increasing utilization of Chinese medical service.

Key words: Chinese medicine, Global budget, Delphi technique , Time series analysis

目錄

英文摘要	I
中文摘要	II
目錄	III
表目錄	V
圖目錄	VI
第壹章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	4
第貳章 地區總額預算之分配理論與實際運作	5
第一節 地區總額分配之理論	5
第二節 國外地區總額分配參考因素	11
第三節 牙醫門診醫療給付費用總額支付制度發展過程	13
第四節 西醫總額支付制度發展過程	16
第五節 中醫地區總額分配發展	22
第參章 材料與方法	24
第一節 研究方法與研究設計	24
第二節 研究資料來源與資料處理分析	26
第三節 研究限制	32
第肆章 研究結果	33
第一節 總額點值對於中醫師地理分布之影響	33
第二節 近三年新設立中醫師人力之流向分析	36
第三節 中醫總額專家德菲研究之研究結果	38
第四節 中醫總額預算分配與相關因素之關聯	41
第五節 中醫門診總額實施後對於各業務組醫療費用上升趨勢之影響	46

第五章 討論.....	49
第一節 總額下中醫醫療資源分布影響與公平性.....	49
第二節 中醫總額分配公式之目的與影響.....	52
第三節 未來中醫總額公式應考量因素.....	54
第四節 不同中醫地區總額分配公式之可能衝擊.....	59
第六章 結論與建議.....	62
第一節 結論.....	62
第二節 建議.....	61
參考文獻.....	66
附表.....	71
附圖.....	90
附件.....	114

表目錄

表 2-1、各國總額支付制度分配方法一覽表	72
表 4-1、總額預算實施對中醫師地理分布影響評估-時間數列分析	71
表 4-2、1996 年至 2009 年各季各業務組中醫總額每點支付點值	75
表 4-3、1996 年至 2009 年中醫師地理分布 GINI 係數趨勢	77
表 4-4、2007 至 2009 年各業務組新設立中醫師人力之流向分析	79
表 4-5、2007 至 2009 年各縣市新設立中醫師人力之流向分析	80
表 4-6、2007 至 2009 年各鄉鎮區新設立中醫師數	81
表 4-7、2007 至 2009 年各鄉鎮區新設立中醫師數前十名之區域特性	82
表 4-8、德菲法問卷第二回-對中醫總額分配基準態度評估	80
表 4-9、德菲法問卷第二回-總額分配公式應納入考量因素	81
表 4-10、德菲法問卷第二回-總額分配公式占率考量	852
表 4-11、中醫總額各業務組歷年分配金額	86
表 5-1、臺灣各部門總額公式地區總額分配因素之比較	87
表 5-2、歷年各項總額醫療費用支出金額與比率	88
表 5-3、歷年中醫使用率分析	88
表 5-4、2009 年中醫地區總額分配（東西兩區）	89
表 5-5、2005 年中醫地區總額分配（六區）	89

圖目錄

圖 4-1、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：台灣地區 1996-2009	91
圖 4-2、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：台北業務組 1996-2009	92
圖 4-3、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：北區業務組 1996-2009	90
圖 4-4、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：中區業務組 1996-2009	91
圖 4-5、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：南區業務組 1996-2009	95
圖 4-6、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：高屏業務組 1996-2009	96
圖 4-7、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：東區業務組 1996-2009	97
圖 4-8、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數 CCF 圖：台灣地區 1996-2009	98
圖 4-9、2000-2011 年中醫總額各業務組分配金額占率	99
圖 4-10、1998-2009 年中醫總額各業務組人口占率	100
圖 4-11、1998-2009 年中醫總額各業務組總申報點數占率	101
圖 4-12、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：台北業務組	102
圖 4-13、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：北區業務組	100
圖 4-14、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：中區業務組	101
圖 4-15、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：南區業務組	105
圖 4-16、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：高屏業務組	106
圖 4-17、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：東區業務組	107

圖 4- 18、1998-2009 年中醫總額各季總申報點數分區趨勢圖	108
圖 4- 19、1998-2009 年各季中醫總額總申報點數趨勢圖	109
圖 4- 20、1998-2009 年各季中醫總額實施前後每位醫師平均申報總點數各分區 趨勢圖	110
圖 4- 21、1998-2009 年中醫總額實施前後各季每位醫師平均申報總點數趨勢圖	111
圖 4- 22、1998-2009 年每位中醫師平均申報案件數	112
圖 4- 23、1998-2009 年每申報案件平均點數	113

第壹章 緒論

本章為緒論部份，共分二節，第一節說明本研究的研究背景與動機，第二節為本研究之研究目的，以下分別敘述之。

第一節 研究背景與動機

臺灣全民健康保險的特色是民眾保費低、給付涵蓋範圍廣，民眾之醫療需求由門急診到住院、由西醫、中醫到牙醫醫療服務、由醫療服務到預防保健，大小疾病幾乎無所不包。由於中醫門診服務亦屬全民健康保險給付範圍，而非附加保險，也就是所有全民健康保險之被保險人，均享有中醫醫療給付的基本權益，中央健保局有義務提供所有被保險人中醫醫療服務需要之基本權利，亦即有接近中醫醫療服務公平之機會。但因中醫醫療資源過度集中於臺灣中部地區，造成中部地區民眾有較高接近中醫醫療服務利用之機會，也產生中部地區民眾有較高的中醫醫療利用率。蔡文正、龔佩珍(2001)探討中醫醫療利用成長與醫師數增加的關係研究，發現醫療供給與醫療利用存在相當程度之關連。許多民眾居住地區因缺乏中醫醫療機構提供服務，而無法享有全民健保應提供之中醫醫療服務。因此如何解決中醫醫療資源分布均衡問題，確保民眾中醫醫療就醫權益，成為重要課題。

為能提升各地區保險對象就醫權益及促進各地區醫療資源，朝更均衡分布方向發展，衛生署對牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門醫療給付費用總額之分配政策，係先將全國依中央健康保險局六業務組(原健保分局)所轄範圍區分為六地區，再採「錢跟著人走」之概念分配地區預算。但為降低對總額支付制度實施前資源耗用較多(醫療費用較高)地區之衝擊，乃以「各地區校正人口風險後保險對象人數」及「總額制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」等二項為分配參數。因此2000年中醫門診總額實施初期，依「各地區校正人口風險後保險對象人數」分配預算的比率僅佔5%，而依「中醫門診總

額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」分配預算的比率則為 95%。中醫門診總額實施五年間(2000 年至 2005 年)，依「各地區校正人口風險後保險對象人數」分配預算的比率，於 2005 年調至 30%，因部分地區點值低於全國平均值 10%以上，尤其以中區的點值最低，故中醫師公會全國聯合會提出 2006 年地區預算分配改採試辦計畫方式，改以醫療利用情形為分配基礎，全國費用先分東、西二區(東區佔 2.22%，其他五區佔 97.78%)，西部之五區再依各區醫療費用點數、就醫人數及醫療利用管控指標等作為分配基礎。自 2006 年至 2010 年，中醫門診總額地區預算均依此模式分配，2011 年起則又有些許調整，因此瞭解中醫地區總額分配對於各區點值影響之後，對於整體中醫師人力分佈是否造成分佈均衡之影響效果。

改善地區醫療資源均衡分布，不僅是世界的趨勢(World Health Organization, 2000)，也是所有國家政府在醫療照護體系改革所努力的目標(Peabody, Yu, Wang, & Bickel, 1995)。臺灣地區長期以來，一直存在醫療資源分配不均的問題，特別是中醫醫療服務(江東亮，1988；楊志良、蕭慶倫、盧瑞芬，1990；楊漢淥，1992)，雖然全民健保開辦後，醫療資源分布有局部改善的成效(洪碧蘭、楊志良，1998；張慈桂、李燕鳴、蕭正光，1998)，但仍有相當可以改善的空間及部分的醫療服務，如中醫與急診醫療服務。總額預算制度實施除控制醫療費用上漲趨勢，亦肩負均衡醫療資源分佈的使命。特別在實行全民健保後，有些學者甚至認為如果全民健保無法均衡醫療資源分布，提供民眾適切的醫療服務，則開辦全民健保將失去意義(陳孝平，1999；盧瑞芬、謝啟瑞，2000)，因為醫療資源的分布與可近性，對民眾的健康狀況有相當程度之影響(Zuvekas & Weinick, 1999)。

由於中醫醫療服務有其特殊的屬性，加上全民健保亦同時提供西醫的門急診及住院等服務，因此中醫總額分配公式無法完全比照歐美各國之經驗，而必須深入瞭解歷年不同中醫門診總額地區預算分配架構、參數設定及意義；並加以整理不同分配方式下，對各區分配到的中醫健保預算，及其可能之影響。不同分配方式(如從「依投保分局分配」改成「依就醫分局分配」、由預先分配改成

事後分配等)，使各區分配到之中醫健保預算亦有所不同，此將影響地區預算分配之決策及中醫界的接受度。

於第一年之研究後，為評估中醫地區預算分配模式對各面向之影響及衝擊程度，本研究希望進一步以時間序列模式等不同之統計模式，評估過去總額制度實施後，對於中醫醫療資源分佈之影響，是否更加均衡城鄉醫療資源抑或惡化，對於各區醫療費用上升趨勢之影響是否產生誘導醫師衝量問題，擬探討六分區資源分配之差異，再與人口進行比對，瞭解資源分配是較好還是較差，必要時可以將所在地中醫機構，即供給面因素一起納入評估，並探討中醫門診總額地區預算分配時，需要特別考量之因素，盼能研提未來中醫門診總額地區預算更適切之分配模式及建議。

第二節 研究目的

本研究計畫主旨希望以中醫點值及中醫師人力 GINI 係數之分析結果進行時間序列的關聯分析，評估中醫總額預算實施多年後，其分配模式對中醫醫療資源分布，以及民眾利用之影響，並提出提供未來中醫門診總額地區預算分配更適切模式及建議。另於民眾就醫權益的意涵方面，主要著重於中醫師人力資源地理分布之改變，本研究擬以中醫師人力於鄉鎮市區地理分布的 GINI 係數作為指標，代表民眾就醫權益之影響。相關研究目的條列如下：

- (一)分析中醫地區預算分配模式對均衡城鄉醫療資源分布之效果：以 GINI 係數等指標工具，運用時間數列分析評估中醫師人力分布 GINI 係數及中醫門診總額點值歷年變動趨勢，並對照總額分配公式中分配參數，以及漸進提高人口占率所產生之影響。
- (二)中醫門診總額地區預算分配試辦計畫，對於各區醫療費用上升趨勢之影響（是否有衡量誘因及影響程度評估），並檢視探討與總額分配公式相關參數之關聯性。
- (三)評析不同中醫門診總額地區預算分配模式可能對醫師醫療行為之影響。
- (四)探討中醫門診總額地區預算分配時需特別考量之因素，如中西醫之替代效果、民眾中醫醫療利用特性、中醫醫療資源分布現況等。
- (五)召開學者專家會議，針對中醫總額分配提出問題；並就中醫總額分配公式問題進行專家德菲研究。
- (六)分析中醫總額制度實施前後，相關分配模式是否對中醫師人力及中醫醫療利用產生相關影響，以及總額分配公式中相關分配參數，對於醫療資源分布均衡之可能效應。
- (七)探討國內外相關總額分配模式，研擬未來中醫門診總額地區預算更適切分配模式及建議(含預算分配因子)，可提供中醫門診總額分配制度之參考。

第貳章 地區總額預算之分配理論與實際運作

本章為文獻回顧部份，共分為四節，第一節為地區總額分配之理論，第二節為國外地區總額分配參考因素，第三節為牙醫總額支付制度發展過程，第四節為西醫總額支付制度發展過程，第五節為中醫地區總額分配，等以下分別加以詳述之。

第一節 地區總額分配之理論

醫療費用國家總額預算的設定公式，可以考慮特別強調國內生產毛額及國內生產毛額平減指數的重要性，這樣的建議是因為總體醫療費用往往受到人民付費能力而非健康需要的影響。但在地區層級或個體層級的分析中，健康需要的因素理應獲得優先的考量，其理由至少包括以下幾點：第一、一個國家之內不同地區的國民平均所得雖有不同，但醫療費用的分配完全以所得來加以決定，並不符合社會公平或醫學倫理的判斷；第二、如果一國之內不同地區的發展程度同時伴隨著醫療資源分佈的不公平現象，則政府有責任設定公平的計算方式來分配資源，而不是依循現狀，讓醫療資源分配的不公平現象持續或甚至惡化；第三、個體的醫療費用研究顯示，個人的健康需要才是最重要的決定因素，所得的影響幾乎可以忽略。(Getzen, 1990, 1991, 1992, 1997, 2000a, 2000b, 李卓倫、周麗芳、紀駿輝，2000)

醫療費用地區總額預算的設定，具有以下幾個重要的政策考量：第一、分配考量需基於人民的健康需要；第二、是否需承認既有資源分佈的現況，第三、公式設定是否需要肩負透過總額財務機轉來達成醫療資源重分配的效果。以上三點是制定地區總額公式先必須釐清政策上的需要，因為其不同之考量決定了公式制訂必須納入之因素與相對的權重，與制訂公式上不同的思維。且在整體醫療體系造成之衝擊與影響程度也有所不同。

地區別醫療費用總額預算的設定之概念，類似英國國民保健服務制度之下，地區別醫療費用預算的運作模式，而且其主要目的在於改善醫療資源分配不均的現象，如英國倫敦等都會地區享有豐沛的醫療資源，而偏遠鄉村地區則有醫療資源不足的醫療不平等的現象產生的問題。英國自從實施國民保健服務制度後之三十年間即 1948 年到 1978 年間，醫療資源或衛生經費在不同地區之間的分配，主要依據仍以過去的醫療支出為每年度預算之基礎，亦即受限於歷史上既有的資源分配方式較多，而非以考慮各地區人民的健康需要為基礎，分配原則似乎以供給面為主而非考慮需求面的需要。直到 1970 年代初期，英國衛生部門開始意識到這種漸近式的醫療系正是導致不公平及無效率的重要因素，於是由衛生部成立資源分布工作小組（Resource Allocation Working Party, RAWP），重新思考預算與資源的分佈原則提出規劃建議。資源分布工作小組即於相關報告提出其主要任務在於促使具有相同健康風險的人民，能有相同的機會接近健康照護。（Department of Health and Social Security [DHSS], 1976）考量各地民眾健康需要因素所建構之地區預算分配公式，稱為加權論人計費公式（Weighted Capitation Formulas）。此一公式以錢跟著人走之精神，決定該年度英國健康經費在各地區所分配到的金額。（National Health Service Executive [NHS Executive], 1997）此一加權論人計費公式的基礎研究，不僅適用於醫療費用的分配，其他公共衛生經費及醫療院所的投資興建，也可以由此分配公式中獲得啟示。台灣在面對地區醫療費用總額與醫療資本總額的設定問題時，值得參考英國的相關做法。英國國民保健服務可用資源的總額來自政府預算，此與台灣實施國家總額預算的情形相類似，但資源配置以健康需求（Health demand）作為標準，即以民眾自覺醫療服務需求後有進一步尋求醫療服務的結果做評估基礎，這樣的評估模式深受醫療供給量的影響，而供給量係受制於特定的歷史因素所造成的。因此英國資源分佈工作小組建議依據兩個標準來分配醫療資源，第一是相對醫療需要（Health need），第二是服務提供的成本(Cost)作為資源分配的依據。就醫療需要評估而言相當不易，因為可計算相對醫療需要的方法不止

一種，但方法的選擇必須在敏感度（sensitivity）與複雜性（complexity）兩者間作取捨或權衡，其中前者考慮的是公式中的因素，能否反映人民的生理、心理及社會的健康需要，必須考慮到現存可用資料的可信度與收集資料的難易度。而且所建議的公式，基本上只考慮對資源的相對需要程度，至於資源從何而來或資源如何獲得，則必須由其他的政策配套措施來完成。（李卓倫，2000）

醫療費用地區總額預算公式中，計算的起始點當然是地區人口數的多少，而且此一人口數以年中人口的推估值作為代表最為恰當。其次為將粗人口數依據性別年齡別的全國性醫療服務利用來做調整，而以國家的總體平均利用情況作基準，則可以避免地區別醫療資源供給現況的影響。其調整的計算方式類似標準化死亡率的計算。不過，性別與年齡只是眾多影響醫療費用原因的一部份，其他如社會、職業、遺傳、環境等因素，也都有其影響。想要將這些因素全部列入公式中作調整，其困難並非無法決定那些因素比較具有決定性，而在於如何將其影響予以量化，並去除掉各因素間的重疊部份，許多變項如職業、貧窮、社會地位及污染程度之間，均存在高度的相關性及交互作用。計算居民的健康需要，因此可以嘗試尋找更能直接代表疾病罹患情況的指標。醫療院所門診及住院人數是直接的罹病指標，但此一指標同時隱含健康需要及容易接近醫療的程度。就醫等候時間可以作為未被滿足的健康需要指標，但其測量的信度不高，而且仍然與供給情況有相關。自我健康測量的家戶問卷調查，如國民健康訪問調查也是評估預算分配可用資料來源之一，但其結果深受居民對疾病的認知與回答程度所影響，而且所回答的診斷分類也不可靠，且這樣的研究往往耗時且需相當的經費，又無法能有精確的結果最為經費分配的依據。

民眾之醫療利用資料往往深受供給面之影響，因此為了尋求信度較高而且與供給狀況無關的罹病指標，死亡率似乎也是一個可以考慮的擬似指標，死亡率統計涵蓋所有的人群，現存資料可用而且允許不同地區分別計算，死亡資料的品質比起其他統計資料要來得可以接受，而且最好地區別的粗死亡率，可以

顯示出大幅度的差異。最好是有本土的實證研究足以顯示罹病率的分佈型態與死亡率相同，而且地區別罹病率的差異，似乎可以解釋大部份死亡率的差異。因此英國 1976 年版本的公式建議以全國人口為基準的各地區標準化死亡比 (Standardised Mortality Ratio, SMR)，來進一步調整各地區人口數作為預算分配的依據。但標準化死亡比能夠反映罹病情況與醫療資源的耗用程度均非常有限，由於標準化死亡比無法真正反映資源的耗用情況與健康需要，且近年有些研究也認為死亡率亦可能受到醫療供給面的多寡影響。英國 1997 年以後的預算分配公式的版本，便不由標準化死亡比的概念作為出發點，而改以後來的將醫療服務區分為三大類作推估，分別為急性病症、心理病症及社區健康服務，再進行當地人口於此三部份之醫療費用的平均支出，作為基礎來計算加權人口數 (The University of York, 1994, University of Kent Plymouth, 1996)，台灣欲以類似的方法來作為計算公式，則必須先進行類似的研究才有可能，如影響可避免死亡疾病的相關因素。未來才有可能以加權人口數為基礎之地區預算分配計算公式的建構。

以地區總額分配模式來看，計算地區總額醫療費用的重要工作為調整地區成本，調整不同區域間提供醫療服務之成本差異，如台北市執業的成本應與南投縣有不同之差異，如一般物價、房價、交通、工資等生活的各個層面皆有差異，因此都會區的醫療服務提供成本應高於非都會地區。地區總額分配公式中所建議的成本調整係建立在其他周延的實證研究結果之上，因此必須在這些類似的研究完成之後方能執行。地區性的成本加權值，被稱為市場力因素，加權的目的主要在彌補提供醫療服務時，某些無可避免的地區性差異，這些差異包括人力成本、都會區執業加權、非金錢成本、土地、建築及設備等六項。這六項因素係分別計算後，一般而言是以人力成本的影響最大，因為醫療服務成本約有半數以上來自人力成本，因此瞭解地區工資水準也是探討地區成本加權的首要工作。地區總額分配的主要指標應有三個，第一為人口年齡指標，第二為區域健康需要指標(包括急性、精神及社區健康需要等層面)，第三為市場力指

標。(Warwick University, 1996) 加權論人計費或加權人口數的計算，就是將地區人口數同時乘上以上三種指標的影響權重。由於地區總額公式所計算的是一個目標數，因此可以據此衍生出四個概念，第一個觀念就是加權論人計費目標(weighted capitation targets)：它是各地區醫療費用總額的公平分配或合理分配(fair shares)，也是依據公式所計算而得的結果；第二個觀念是現狀基準線(current baseline)：也是現況之下各地區實際分配到的總額，對於各個特定的年度而言，現狀基準線會等於前一年度的地區總額，加上當年度的調整金額；第三個觀念為現況與目標的距離(distance form target)：如果目標數高於現況，則此地區稱為總額不足區，此一差距可以用絕對金額來呈現，也可以用相對百分比來代表；第四個觀念則是改變的速度(pace of change)：亦即地區實際分配總額往目標數接近的速度，在英國這個速度的快慢，由衛生部每年依據其總衛生預算的成長情況來作決定，在臺灣則可能取決於國家總額的成長。英國在設定其地區總額預算的過程，已經經過 25 年的討論與不斷的修改，更重要的是它建立在諸多完善的研究基礎之上。1995 年資源分配小組曾提出地區加權人口公式的四個評估標準，值得臺灣參考。一個好的地區加權人口公式，應該符合四個評估標準：(1) 與理論相符合，以使公式內容具有邏輯性、適當性、相關性和可變性；(2) 具實用性，所使用的方法必須可以計算，統計資料可靠，以使計算過程不用加入過多的人為判斷；(3) 公式應該簡單易懂，雖然某些所引用數據的細節也許會較為複雜；(4) 公式的計算結果應該避免提供醫療院所反向的或不良的行為動機(李卓倫，2004)。

地區總額分配是基於針對需要，給予不同健康需要民眾不同之醫療服務供給，因此必須評估測量不同地區居民對健康照護的相對需要，實務上相當不容易，且無良好且敏感的測量分析工具。因此可以說實際上並沒有完美的公式，可以解決所有的資源分配問題，沒有最好的公式，僅能說公式相對適不適合的問題，不論是國家層級或地區醫療費用總額的協商決定，所有預算分配公式的內容，永遠必須在更高的敏感性與較低的複雜性二者之間取得平衡點，通常必

須藉由更多醫療保健服務可用的資料，才可能提高公式反映區域醫療費用的敏感性，如同英國採加權論人計費的地區總額計算方式。但是其公式的內容應該能隨著新資料的或研究結果出現，得以隨時獲得進一步修正，才能真正持續反映預算分配的公正性。另一方面，地區預算分配公式又必須符合較低的複雜性，這樣的要件除了容易瞭解並解讀其涵蓋因素、權重之外，更重要是利於行政操作運用。其他，如政治因素亦是左右政策的重要影響因素，利益團體的糾葛與角力，往往使地區預算的分配，由學術問題轉為政治問題。

總額預算制度的實行，除了對國家層級的總體醫療費用設定進行研究外，台灣同時亦需要有評估地區總額預算的基礎研究，其研究主要內容須包括地區醫療利用的影響因素、民眾醫療利用之偏好與需求，並分別探討各類醫療服務及社區健康照護，也包括對地區執業成本作比較計量。特別是針對醫療使用之偏好，如中醫醫療服務之使用，在台灣更是不同於其他國家，因為具有相當獨特的醫療保險給付，且其使用者也有特別之偏好。

除此之外，地區總額公式的擬定雖然可以比較容易確保不同地區之間擁有較公平的醫療資源分配，但並不保證基層醫療保健服務在地區層級藉此得以落實提供或確保，而是在地區總額分配後進一步各類資源的分配決定。另外較重要的概念是何謂「地區」，特別是地區總額之分配區域大小的差異，影響民眾就醫可近性與接近醫療權益相當重要，未來台灣極需要在這些方面繼續研究。

第二節 國外地區總額分配參考因素

關於國外有關於地區總額之分配及其考慮相關因素，如表 2-1 所彙整。每個國家有其國情與歷史發展之不同，僅能做為參考，恐不能直接套用或引用。基本應是考慮醫療費用發生之基本因素，及個人健康風險校正問題會被納入整體區域預算分配之考量，包含人口年齡、性別、教育、婚姻狀態、健康狀態、疾病型態、標準化死亡比、種族、中低收入、無家可歸遊民、外來人口、轉診型態、實際醫療成本、都市化程度、福利狀況、醫療資源、藥品費用、緊急醫療服務、過去醫療費用等因素均可能是地區總額分配參考因素。但必須注意的是，各國分配之區域大小、交通與地理條件差異均大，其實也都影響了區域總額預算之分配。

由總體醫療支出的控制著手，醫療費用控制在先進國家的經驗顯示，是較易成功地達成目標，總額支付制度遂成為先進國家維持健康保險財務穩定的一項重要方法(Abel-Smith, 1984; Culyer, 1989; 梁亞文、洪錦墩、李卓倫，2005；徐志誠，2008)。總額預算制度在促進醫療資源合理分布與可近性的效果方面而言，先期學者研究結果呈現意見分歧的情況，如 Carr-Hill、Rogal、Gauthier 及 Barrand 等人之研究(Carr-Hill, 1994; Rogal, Gauthier, & Barrand, 1994)，認為施行總額制度可促進醫療資源重分配及增進就醫可近性，但如 Chu 與 Iglehart(1991)，則指出總額制度並無促進醫療資源重分配及增進就醫可近性之效果。而造成此部分差異的可能原因，應是源自實施總額相關制度之規劃目的及實行對象的不同。Carr-Hill(1994)比較國際經濟合作發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)國家實施總額預算情形，認為總額預算支付制度在醫療費用的擷節上，可收立竿見影之效，且又具促進就醫公平性的效果。Weil(1990)亦同樣有類似之研究結論支持此觀點，認為總額預算可節省醫療支出、促進醫療資源均衡分布及就醫可近性，但可能因而減少醫師的所得收入(黃昱瞳，2001；楊桂花，2002)。

Evans(1988)建議加拿大省級政府在經費分配上應訂定地區別之門診總額，且地區別總額之分配，應以居住該地之人口需求為分配依據，而非以醫療供給為出發點，即以全省人口性別、年齡別之費用為標準，再依各地區之性別及年齡別人口數分布加以分配；Glaser(1987)以人口性別、年齡別、社經地位及標準死亡比為資源分配依據，實施結果發現區域間資源分布差異縮小，但區域內每人醫療支出變異，卻大於區域間的變異，因此建議按人口需求來分配各區預算。

由以上的文獻研究結果發現，總額預算在費用節省及成長控制方面，是明確且可預期的。而在促進資源均衡分布及可近性方面，雖就結果比較似乎未有一致的定論，但仔細考量其個別總額預算制度實施的背景與對象內涵後，則仍傾向支持總額預算的實行，具備促進醫療資源分布及提升就醫可近性的效果(黃昱瞳，2001)。

國內研究中，以張睿詒及林文德等人的總額支付制度下地區預算分配風險校正之評估研究(張睿詒，2005)指出，年齡別、性別、疾病型態與前一年之利用點數，均可能影響一個人於年度之醫療費用。研究同時指出，在中醫的地區總額分配結果上，亦發現中醫之地區分配與過去醫療費用有較高的相關，此部分與蔡文正等人(2001)之研究亦有相同之結論，亦即地區醫療費用申報點數與醫療機構分佈呈現高度相關。

因此，中醫地區總額公式是否可以參考國外相關的公式來進行預算分配，實際上非常不容易，加上民眾對於中醫醫療的偏好差異、與西醫醫療服務間的替代互補關係亦非常難以釐清，而且中醫總額預算制度已實施多年，既有的公式架構已產生區域之既得利益，因此要參考國外分配因素進行大幅改革誠屬不易。

第三節 牙醫門診醫療給付費用總額支付制度發展過程

牙醫醫療是台灣最早實施總額預算之部門，以下簡述其制度之運作作為與中醫總額之比較參考

一、牙醫門診醫療給付費用總額支付制度涵蓋範圍

- (一)包含範圍：醫院、診所牙醫師開立的門診服務及藥品。
- (二)不包含範圍：教學成本、山地離島加成及新的預防保健計畫。

二、87 年度至 100 年度(1998 年至 2011 年)牙醫門診醫療給付費用總額之地區預算分配內容，詳述如下：

- (一)87 年度至 88 年度 6 月牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，10%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，90%依牙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，原則上以 5 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，第 2 年起依保險對象人數分配之比率暫定為 20%、40%、70%、100%，惟實施前仍需提費協會協商確定。
- (二)88 年 7 月至 89 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，20%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，80%依牙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。
- (三)90 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，40%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，60%依牙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。
- (四)91 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，50%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，50%依牙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。往後各年各區校正「人口風險」後保險對象人數所占分配比率訂為 70%、90%、100%，原訂地區總額依保險對象人數比率分配緩衝期，由 5 年修正為 7 年。

- (五)92 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，70%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，30%依牙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。
- (六)93 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，70%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，30%依牙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。
- (七)94 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，80%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，20%依牙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。
- (八)95 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- (九)96 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，100%依各地區校正「人口風險」後的保險對象人數分配。
- (十)97 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，自一般服務之成長率中，移撥 0.681%成長率之預算，進行區域內調整，以提升各區之就醫可近性與醫療服務品質。其餘相關預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- (十一)98 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- (十二)99 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，自一般服務費用分別移撥 5,000 萬元及 0.5%成長率，用於「牙醫門診總額支付制度醫療特殊艱困地區提升照護 100 獎勵方案」，以及挹注品質保證保留款；一般服務費用，於扣除上開 5000 萬元及 0.75%品質保證保留款(含原協議之 0.25%成長率及挹注之 0.5%成長率)後，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- (十三)100 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，自一般

服務費用移撥 5,000 萬元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」；一般服務費用，於扣除品質保證保留款及上開 5,000 萬元後，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

牙醫總額支付制度各分區點值之核算方式(全民健康保險醫療費用協定委員會，2010)：

(一) 浮動點值

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額
+ 當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × N]
- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值
- 投保該分區核定非浮動點數 - 當地就醫分區未跨區自墊核退點數]
/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數
2. 全局浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額
+ 當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 \$s N
- 核定非浮動點數 - 自墊核退點數] / 加總一般服務浮動核定點

(二) 平均點值

1. 分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額
+ 當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × N]
/ [一般服務核定浮動點數 + 核定非浮動點數 + 自墊核退點數]
2. 牙醫門診總額平均點值 = 加總[依調整後分區一般服務預算總額
+ 當地就醫分區未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × 34 + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款預算]
/ 加總[一般服務核定浮動點數 + 核定非浮動點數 + 自墊核退點數 + 專款專用已支用點數]

牙醫總額在運作上已相當順暢且牙醫並無中醫有資源在六分區差異過大之現象，故在公式上並無太大之爭議。

第四節 西醫總額支付制度發展過程

一、西醫基層總額

(一)西醫基層總額支付制度涵蓋範圍

1. 以西醫診所開立且在全民健康保險醫療費用協定委員會協定時，屬全民健康保險給付範圍的西醫門住診醫療服務(含分娩及門診手術)、藥品(含藥事服務費)及預防保健，為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。西醫診所係指向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)的特約醫事服務機構。
2. 醫療給付費用總額時，預知新的法令、政策、或預期保險給付範圍(或支付項目)的改變，對實施年度醫療給付費用總額的影響，包含於本總額範圍內。
3. 居家照護與精神疾病社區復健項目不包含於本總額範圍內。
4. 醫療給付費用總額只涵蓋營運成本，不包含資本成本。
5. 依全民健康保險法第四十條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故，不包含於本總額範圍內。
6. 協定醫療給付費用總額後，主管機關依法修訂山地離島地區醫療服務促進方案，因增加服務項目或地區範圍，及公告新增實施醫藥分業地區，因處方交付特約藥局調劑所增加費用，不包括於本總額範圍內。

(二)90 年度至 100 年度(2000 年至 2011 年)西醫基層總額醫療給付費用之地區總額分配方式，詳述如下：

1. 90 年度至 91 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區總額分配方式，95%以實施前一年各地區保險對象實際醫療費用，5%以各地區經「人口風險因子及轉診型態」校正後的保險對象人數分配之，「人口風險因子及轉診型態」校正方法為先校正人口風險因子，其中年齡、性別指數占

- 90%、標準化死亡比占 10%，再校正轉診型態，即基層門診市場占有率。
2. 92 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區總額分配方式，15% 以各地區經「人口風險因子及轉診型態」校正後保險對象人數，85% 以前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
 3. 93 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，25% 以各區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，75% 以西醫基層總額支付制度開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配（原則上以七年為期，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）。
 4. 94 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，40% 以各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，60% 以西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
 5. 95 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，60% 以各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，40% 以西醫基層總額支付制度開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
 6. 96 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，65% 以各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35% 以西醫基層總額支付制度開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
 7. 97 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，先撥 1.5 億予中區，其餘相關預算，以各地區 94 至 96 年之三年平均總額預算數之占率分配，且各地區預算成長率與 96 年預算數相較，皆不得低於 2.5%。
 8. 98 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，65% 以各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35% 以西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
 9. 99 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，65% 以各

地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%以西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

10. 100 年度西醫基層醫療給付費用總額協定結果，地區預算分配，扣除品質保證保留款後，65%以各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%以西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

西醫基層總額支付制度各分區點值之核算方式(全民健康保險醫療費用協定委員會，2010)：

(一) 浮動點值

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [分局一般服務預算總額
+ 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × N]
- 投保該分局至其他五分局跨區就醫浮動核定點數
× 前季全局浮動點值 - 投保該分局核定非浮動點數
- 當地就醫分局未跨區自墊核退點數]
/ 投保該分局當地就醫一般服務浮動核定點數
2. 全局浮動每點支付金額 = [加總分局一般服務預算總額
+ 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × N]
- 加總核定非浮動點數 - 加總自墊核退點數
/ 加總一般服務浮動核定點數

(二) 平均點值

- 分區平均點值 = [分局一般服務預算總額
+ 當地就醫分局未跨區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數 × N]
/ [一般服務核定浮動點數 + 核定非浮動點數 + 自墊核退點數]

二、醫院總額

(一)醫院總額支付制度涵蓋範圍

1. 以醫院開立或提供且在全民健康保險醫療費用協定委員會協定時，屬全民健康保險給付範圍的西醫門住診醫療服務(含分娩及門診手術)、藥品(含藥事服務費)及預防保健為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。醫院係指向衛生局登記為醫院的特約醫事服務機構。
2. 90 年底前已支付的支付標準未列項目，視為支付標準的一部分，並涵蓋於本總額範圍內。
3. 醫療給付費用總額時，預知新的法令、政策、或預期保險給付範圍(或支付項目)的改變，對實施年度醫療給付費用總額的影響，包含於本總額範圍內。
4. 居家照護及精神疾病社區復健，不包含於本總額範圍內。
5. 本總額範圍只涵蓋營運成本，不包含資本成本。
6. 依全民健康保險法第四十條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故，不包含於本總額範圍內。
7. 協定醫療給付費用總額後，主管機關依法修訂山地離島地區醫療服務促進方案，因增加服務項目或地區範圍，及公告新增實施醫藥分業地區，因處方交付特約藥局調劑所增加費用，不包含於本總額範圍內。

(二) 91 年度至 100 年度(2002 年至 2011 年)醫院總額醫療給付費用之地區分配方式，詳述如下：

1. 91 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，醫院第一期醫療給付費用總額不採地區預算方式分配。
2. 92 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，5%以各區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，95%以各區前一年實際

- 發生醫療費用比率分配(原則上八年內，逐步達成預算 100%以據校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數占率)，其中「人口風險因子及轉診型態」校正為先校正人口風險因子，年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%，再校正醫院門診市場占有率。
3. 93 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，分為一般門診服務以及住診服務，皆為 10%以各區校正「人口風險因子及轉診型態」後的保險對象人數，90%以醫院總額支付制度開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
 4. 94 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，門診服務部份，15%以各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，85 以依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配；住診服務部份，10%以各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，90%以醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配，其中「人口風險因子」校正方式為年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%。
 5. 95 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，門診服務部份，38%以各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，62%以醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配，其中「人口風險因子及轉診型態」校正為先校正人口風險因子，年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%，再校正醫院門診市場占有率；住診服務部份，同門診服務，但「人口風險因子」校正為年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%。
 6. 96 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，同 95 年度之分配方式。
 7. 97 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，門診服務部份，45%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依

醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配；住診服務部份，40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

8. 98 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，同 97 年度之分配方式。

9. 99 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，同 98 年度之分配方式。

10. 100 年度醫院醫療給付費用總額協定結果，地區分配方式，同 99 年度之分配方式。

醫院總額支付制度各分區點值之核算方式(全民健康保險醫療費用協定委員會，2010)：

(一) 浮動點值

分局該季門診浮動點值 = { 該分局該季門診預算 - $\sum_{i=1}^5$ (該分局該季保險對象至其他五分局跨區就醫浮動點數 × 就醫分局前季點值) - 該分局保險對象非浮動點數 (包括 A 分局保險對象至其他五分局跨區就醫非浮動點數) × 1 } ÷ 該分局浮動點數 (不包括 A 分局保險對象至其他五分局跨區就醫浮動點數)

(二) 平均點值

分局該季門診平均點值 = 該分局該季門診預算 ÷ A 分局保險對象浮動及非浮動點數 (包括該分局保險對象至其他五分局跨區就醫之浮動及非浮動點數)

第五節 中醫地區總額分配發展

行政院衛生署於 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」，歷經三次推動小組會議討論後，完成政策層面的規劃，並於 1999 年 8 月 20 日交付全民健康保險醫療費用協定委員會協議(全民健康保險醫療費用協定委員會，2010)。

89 年至 90 年度中醫總額開辦初兩年，分區分配之規劃，5%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，95%為以開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配。91 年起逐年提升，91 年人口風險因子提升為 15%，開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配則為 85%；92 年度時，人口風險因子為 20%，開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配為 80%；93 年度至 94 年度期間，人口風險因子為 30%，開辦前一年各地區實際醫療費用比率分配為 70%。

95 年度時，因 94 年度時部分地區點值低於全國平均值 10%以上，尤其中區點值最低，故中醫師公會全國聯合會提出地區預算分配改採試辦計畫方式，改以醫療利用情形為分配基礎，全國費用先分東、西二區(東區 2.22%，其他 5 區 97.78%)，西部之 5 區各季預算分配，90%以 94 年各分區各季依校正指標(重複就診率、用藥日數重複率)校正後申請醫療費用點數之占率分配預算；10%以 94 年各分區各季前開校正後申請醫療費用點數，經加權指標(包括：平均就醫次數、醫療費用點數成長率、藥費申請點數占率成長率、診察費次數大於 6 次以上占率、交替比率、申報診察費率、慢性病案件平均給藥日份、就醫人數成長率)加權計算後之申請醫療費用點數之占率分配預算；接下來至 98 年度，中醫門診總額地區預算均依此模式分配。

99 年度至 100 年度第區預算分配模式再次調整，五分區各季預算分配，5%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配，80%預算以「95 年度第 4 季至 98 年度第 3 季之五分區實際收入預算占率」分配，5%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配，5%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配，5%預算

以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

中醫門診總額支付制度各分區點值之核算方式(全民健康保險醫療費用協定委員會，2010)：

(一)藥費及藥品調劑費分別依藥價基準及以每點一元自地區預算預先扣除。

(二)浮動點值

1. 東區浮動每點支付金額=[預算(東區)-東區核定非浮動點數-東區自墊核退點數]/東區一般服務浮動核定點數。
2. 各分區浮動每點支付金額=[預算(各分區)-各分區核定非浮動點數-各分區自墊核退點數]/各分區一般服務浮動核定點數。
3. 全區浮動每點支付金額=[全區一般服務預算總額-全區核定非浮動點數-全區自墊核退點數]/全區一般服務浮動核定點數。

(三)平均點值

1. 東區平均點值=[預算(東區)/[東區一般服務核定浮動點數+東區核定非浮動點數+東區自墊核退點數]]。
2. 各分區平均點值=[各分區預算/[各分區一般服務核定浮動點數+各分區核定非浮動點數+各分區自墊核退點數]]。
3. 全區平均點值=[全區一般服務預算總額/[全區一般服務核定浮動點數+全區核定非浮動點數+全區自墊核退點數]]。

中醫地區總額的分配一直是個難題，原因在於中醫醫療資源分佈差異過大，引發現有分配模式可能遷就於機構分佈現狀，中醫既是全民健保給付項目，中醫預算無法依人口分佈來進行，則無法達成全民健保下民眾接近中醫醫療資源性公平性。但如何兼顧既有形成中醫醫療服務機構的地理分布與所有民眾權益確保下兩項前提，是地區總額分配公式的核心價值；公式須提供提供部分經濟誘因引導新設立中醫醫療機構前往設立，且同時應避免公式的計算結果應該避免提供醫療院所反向的或不良的行為動機。

第參章 材料與方法

本章敘述本研究為達成研究目的所使用之材料與方法，此部份共分四節闡述。第一節說明本研究的研究方法與研究設計，第二節為說明的研究資料來源與資料處理分析，第三節為研究之預期結果，第四節為本研究之研究限制部份說明，以下分別加以敘述之。

第一節 研究方法與研究設計

在地區層級或個體層級的分析中，健康需要的因素理應獲得優先的考量，其理由至少包括以下幾點：第一、一個國家之內不同地區的國民平均所得雖有不同，但醫療費用的分配完全以所得來加以決定，並不符合社會公平或醫學倫理的判斷；第二、如果一國之內不同地區的發展程度，同時伴隨著醫療資源分佈的不公平現象，則政府有責任設定公平的計算方式來分配資源，而不是依循現狀，讓醫療資源分配的不公平現象持續或甚至惡化；第三、個體的醫療費用研究顯示個人的健康需要，才是最重要的決定因素，所得的影響幾乎可以忽略。

本研究希望透過第一年計畫中之 1996 年至 2008 年歷年中醫醫療資源分布情況，並依人口之分布、醫療利用與醫療資源供給進行相關分析，輔以各項指標如每萬人醫師數、GINI 係數，再補充加入 2009 年的資料，針對中醫師人力受中醫門診總額分配之影響，以時間數列分析加以評估；同時透過政策分析方法，就中醫門診總額分配公式提出建議。

研究延續第一年計畫以中醫醫療服務供給面與需求面之逐年分季方式之分析資料。在供給面方面：運用 GINI 係數分析每年每季中醫師人力於健保分局層級、縣市、鄉鎮歷年之數值，並進一步分析其變動情況與趨勢，改以時間數列分析總額下點值之政策影響。比較 2005 年前(衛生署規劃方案)與 2006 年後(中醫試辦計畫)所用之模式，分析地區預算分配模式對醫療資源、醫師行為、民眾利用情形、醫療費用管控等之影響，並探討 2010 年起中醫地區預算分配模式，

其分配方式及所用分配參數，進行未來模擬分析。

關於中醫總額分配公式之建議，則嘗試以政策德菲法，以兩回合重覆測量的德菲問卷實是探詢相關專家的意見，並尋求相對具共識的公式納入因素提出參考建議。收集專家評估較重要的中醫地區總額分配公式可參考之因素，討論這些因素的正負向作用與學理上提出之參考理論或其所代表反應之因素。

第二節 研究資料來源與資料處理分析

(一)研究資料來源

由於主要考量是在全民健康保險中醫醫療服務資源分布與民眾中醫醫療利用，因此研究分析之資料主要以前一年計畫所購自國家衛生研究院的「全民健康保險學術研究資料庫」資料進行進一步分析，該資料內容主要是中央健康保險局特約醫療機構的申報資料，因此資料範圍並未包含未特約機構及民眾自費就醫部份。同時，所分析之資料亦不代表健保局最終核付予各醫療機構的實際數值。本研究所使用的資料，除延續前一年計畫購置的健保資料庫資料(2005年至2008年)外，另新購2009年的資料，內容包括2009年「醫事機構基本資料檔(HOSB)」、2009年「醫事人員基本資料檔(PER)」(光碟編號：AN9801)、2009年「中醫門診處方及治療明細檔(CD)」(光碟編號：TN98ID01 - TN98ID05)及2009年「承保資料檔(ID)」(光碟編號：TN98ID01 - TN98ID05)。

在中醫師相關分析，係依據「中醫門診處方及治療明細檔」中已加密之中醫師代號(PRSN_ID)及醫事機構代號(HOSP_ID)，分別合併「醫事人員基本資料檔」及「醫事機構基本資料檔」後，再依據相關目的進行個別歸戶，以求得相關執業中醫師數據及執業地點的資料。由於中醫師可能同時於不同機構看診，因此所得到的部分數據，不宜直接加減計算，例如一縣市執業醫師數 \neq 該縣市內鄉鎮市區執業醫師數加總；同理，醫院執業醫師數+診所執業醫師數，也不一定等於總執業醫師數。執業中醫師數與中醫醫療機構數均以其當月有申報健保給付者視同當月份執業中，若有跨越或數月申報者將無法檢出，可能造成數量略微低估。

在門診就診次數計算部份，由於申報資料當中，可能包含同一診次多次利用的資料，例如取得慢性病連續處方箋病患回診調劑藥品、針灸或傷科病患回診等，然這些後續的利用不應計算為單一診次數，因此在就醫診次計算時，本研究採用兩個條件，作為前述狀況的判定標準：1.案件分類代號(CASE_TYPE)為「28」(中醫慢性病連續處方調劑)者，以及2.診察費項目代號(TREAT_CODE)

為空白者。但在醫療費用的計算部份，則未刪除前述項目內容，所有申報費用均加總計算。

在 2009 年的醫師歸戶資料中，由於部份醫師可能於同一年度更換執業機構或同時於兩個以上的機構執業，若採醫師個人代碼(PRSN_ID)進行歸戶，該醫師執業機構的特性，將有選取上的困難，因此本研究採用醫事機構代碼(HOSP_ID)加醫師代碼(PRSN_ID)合併為新的身份代碼，再個別歸戶計算其他數據資料。此外，中醫師執業地區西醫師數據，則是以「醫師人員基本資料檔」中「醫事人員類別(PRSN_TYPE)」為 A(西醫師)者，依據其「執業場所(WORK_PLACE)」合併「醫事機構基本資料檔」後，取得該機構所在鄉鎮市區代碼，再進行歸戶計算各鄉鎮市區之執業中醫師人數。本研究之新執業中醫師之定義，以實際對該區域中醫醫療資源之增加有意義的新執業中醫師為主，因此僅計算新設立中醫機構之中醫師數，即便中醫師有多處執業之情形，對於該區域之中醫醫療資源仍有實質之增加；而中醫師若於季中轉換執業地點，除在開業一年內該新設立機構亦已歇業或轉換地點，單純中醫師之相互流動應對該區域醫療資源不造成顯著影響，因此本研究以一般一年內歇業或轉換地點的中醫醫療機構並不多見為基礎，據此假設計算每年各縣市鄉鎮新設醫療機構之新執業中醫師數，應該足以代表該地區新執業之中醫師數。

(二)專家政策德菲法問卷與會議

為取得中醫總額分配相關政策之優先順序與相關議題之共識，預計邀請衛生署中醫相關官員、中醫臨床及學術專家、中醫公會代表、牙醫門診、西醫基層總額之專家與健保六分區之中醫代表外，並請委託單位提供建議名單，共邀請 26 位專家，選取專家名單與委託單位進行討論研商，委託機關審核討論後已確定如附件三。分別就中醫總額分配模式，及針對計畫擬定總額分配制度對中醫醫療影響分析結果，加以評審及提供修正意見，並進行中醫總額分配相關政策及議題的專家德菲問卷調查，問卷回收後，統計各題之集中趨勢及答題者之第一回合問卷，再進行一次意見調查，作為專家意見結果。

醫療衛生政策相關的領域中，常面臨高度變化的醫療政策，對於預測未來的多變情況下，常應用德菲法為研究方法。本研究為瞭解中醫界之相關專家與代表意見，進一步採行專家德菲法之研究，嘗試整合中醫總額分配規劃之政策意見及看法。

1. 德菲問卷之發展：

為建構專家德菲問卷，研究首先參考國內相關總額文獻與政策，嘗試瞭解中醫整體總額分配制度規劃之各類意見，以及專家在制度設計與面臨問題之分歧點，包含專家評估總額公式需考量因素之重要性。而逐步建構問卷架構主軸，再經由 2 位研究團隊人員及 4 位專家(專家經歷背景資料如附件四)，共 6 位專家學者進行專家效度修正與討論後完成問卷(如附件二)。

2. 德菲問卷之實施：

德菲法是種兼具量化與質性之科技整合研究方法。研究過程中針對設定的議題，透過專家匿名，以德菲法問卷進行二回合調查，誘導專家以其專業知能、經驗及意見建立一致性的共識，進而解決複雜議題。其不僅排除質性研究不夠嚴謹的缺點，同時將量化研究之科學性、系統性應用得淋漓盡致。特別是總額公式設定牽涉不同區域之中醫師之利益，採用德菲問卷將有效降低專家學者間之壓力。

3. 問卷之主要內容：

專家政策面擬以德菲方式進行，由國內中醫界與學術界的專家學者，針對中醫整體總額分配規劃進行專家意見之調查，並由二回合的結果尋得共識，最後提出中醫整體總額分配規劃之相關建議。

(1) 中醫整體總額分配規劃之態度評估。

(2) 中醫整體總額分配規劃各項議題之評估，包括對地區預算未來具體分配模式及參數之意見調查。

(三) 資料處理分析

延續第一期計畫之研究結果，取得並整理中醫醫療資源分布地理分布資

料，為進一步瞭解中醫門診總額制度對中醫醫療資源實質影響，本研究將持續以 GINI 係數作為中醫師人力分布之主要參考指標，在中醫師人力之地理分布均衡程度之影響，考量門診總額點值計算是以每季為計算單位，因此也以季為單位進行中醫師人力分布之 GINI 係數值建立，若從 1996 年 3 月至 2009 年 12 月底（本年度增加 2009 年四個季的點值）共應可建立 56 個中醫師人力分布之 GINI 係數點值，再以時間數列分析來看中醫師人力分布的變動情況，並探討這段時間中醫總額分配制度的改變，評估政策改變之影響，以針對中醫總額制度分配公式提出進一步的建議。

藉由上述研究資料蒐集處理，可依各鄉鎮人口數與醫師數、醫療費用及就診人次配合，運用 Microsoft Excel 2003 套裝軟體，分別繪製出各醫療資源指標分布的 Lorenz 曲線。再依 GINI 指標計算方式求出各期間的 GINI 係數，而將歷年 GINI 係數與 2009 年新計算之健保業務分區及全國中醫師人力之 GINI 係數值結合組成本研究分析數列資料。

由於政策評估通常都會有一個或一個以上的介入(intervention)政策，且政策的介入應是處於持續進行的變動影響，若能以連續性序列資料進行系統性的分析，將較易反映其變遷趨勢，而可較精確評估制度介入前後變動的差異(林茂文，1992；Box, Jenkins, & Reinsel, 1994)。常見的研究設計方法包括個案對照研究法(case-control study)、世代研究法(cohort study)、時間數列設計(time series design)等。時間數列分析可以協助研究者瞭解某向關注指標(如出生率)的歷史變動趨勢，並協助研究者預估未來走向，或是被用來監控關注指標是否有異常變動，以及被用來評估政策介入的成效等(黃昱瞳，2008)。

本研究運用時間數列分析(time series analysis)方法，先找出三項醫療資源指標 GINI 數列之原始數列變動模式，再導入 Box 與 Tiao (1975)所提出的介入分析模式(intervention analysis model)以進行評估分析。本研究以每季各全國與各業務組兩個層級的 Gini 係數，分別組成兩大類本研究分析數列資料。並設定研究觀察時間，本研究從 1996 年 3 月至 2009 年 12 月底，若依每季分別計算

中醫師人力分布之 GINI 係數值，應可建立 56 個中醫師人力分布之 GINI 係數點值，以分析其餘時間變動後是否有特定時間點 GINI 係數值的變動，在搭配中醫健保總額相關政策措施的時間光譜分析比對，分析可能之影響效果，包含政策所產生的遲延效果。另以業務組(分局)角度來看，每季點值差異對於該業務組內鄉鎮層級 GINI 係數值的變動情形，亦有 6 條時間序列分析，以反映區域分佈受點值之影響。

一般使用時間數列分析於政策評估上，常因介入是確定的，所以使用鄒檢定(Chow-test)、截斷式迴歸(piecewise regression)、趨勢分析(trend analysis)、ARIMA 模式及介入分析(intervention analysis)等方法居多，其概念均是透過虛擬變項(dummy variable)的方式，將政策介入帶入分析模式中。在 Veney & Kaluzny (2004)所提的趨勢分析，其實與截斷式迴歸是相當類似的，其概念是在控制了研究數列的自我相關及變動趨勢後，評估介入變項及介入變項與趨勢的交互作用，以瞭解下列 3 種可能的介入效應如圖 1(黃昱瞳，2008)所示，政策的介入可能產生平移下降、斜率(趨勢)改變、或是平移下降及斜率改變兩者效應均存在。相反的當政策影響作用為相反時，則結果可能相反，介入效果亦可能產生上揚之作用，此時可能產生平移上升、斜率(趨勢)改變、或是平移上升及斜率改變兩者效應均存在。

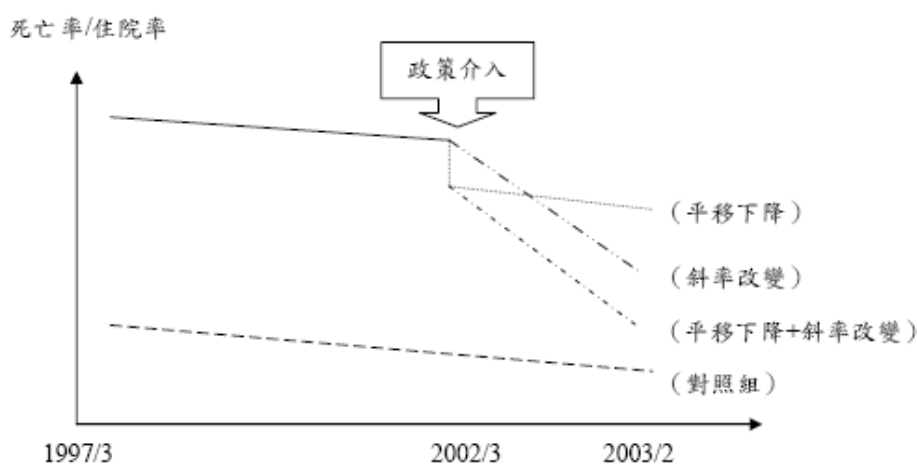


圖 1、趨勢分析政策效應示意圖

時間數列分析首先透過數列之自相關函數(autocorrelation function, ACF)及偏自相關函數(partial autocorrelation function, PACF)進行數列變動模式的判斷，以確認該數列之變動過程為自我迴歸模式(auto-regressive, AR)、移動平均模式(moving-average, MA)、自我迴歸移動平均模式(auto-regressive moving-average, ARMA)或自我迴歸整合移動平均模式(auto-regressive integrated moving-average, ARIMA)(林茂文，1992；Box, Jenkins, & Reinsel, 1994)。

本研究分析工具乃以時間數列分析預測軟體 SCA (Scientific Computing Associates)進行統計分析，SCA 軟體內建人工智慧演算功能，可有效地解決時間資料分析多種可能模型選擇上的困擾，並能對時間資料中常見的多個外部干預及離異數據自動偵測及修正，並估計出修正後的預測模型(Liu & Hudak, 1992)，因此成為進行時間數列分析廣受採用的軟體之一。

第三節 研究限制

本研究之研究限制如下：

1. 本研究在中醫師人力的地理分佈與新設立機構中醫師流向部分，均是以國家衛生研究院所提供之全民健保資料庫為基礎；而相關總額分配之預算等費用及利用資料，則取自政府部門之統計報告與網頁公布之資料。這些資料均屬於二手資料，資料的正確性與否為本研究之研究限制。
2. 研究所提之民眾就醫權益，僅是一個概念。本研究基本上想探討是中醫醫療資源在鄉鎮層級之地理分佈均衡與否，研究假設在資源分佈均衡地區較資源分佈不均衡時，民眾有較佳的就醫權益確保。
3. 關於 GINI 係數運用之限制，本研究在地理分佈上採用經濟學之 GINI 係數運用於區域人口累積比率與對應累積中醫師數比率是否公正。因此僅能以整體概念來看其研究下之區域單位與人口間比率變動對整體分佈結果，並無法解釋中醫師流動情況與原因。
4. 全台灣之中醫師人力歷年之 GINI 係數，並不能與各業務組轄下鄉鎮中醫師人力之 GINI 係數進行比較。
5. 人口之健康風險差異所產生需求的差異，於本研究之分析並未納入。當區域人口結構差異對醫療需求產生之影響，並未納入 GINI 係數之人口因素加以加權計算。

第肆章 研究結果

本章為研究結果部份，共分五節，第一節為總額點值對於中醫師地理分布之影響分析；第二節為近三年新設立中醫師人力之流向分析；第三節為中醫總額專家德菲研究之研究結果；第四節為中醫總額預算分配與人口因素之關聯；第五節為中醫門診總額實施後，對於各業務組醫療費用上升趨勢之影響，以下分別敘述之。

第一節 總額點值對於中醫師地理分布之影響

(一)總額預算制度實施前後中醫師人力之地理分布之變化

學理上總額預算之實施將造成區域間支付點數之差異，企圖以區域之點值差異造成某種程度之經濟誘因，誘導中醫師與中醫醫療機構移向資源不足區域。臺灣地區中醫健保給付自 2000 年第三季起實施總額制度，且依健保行政區域劃分為六個區域，各區域因總額公式分配後依服務量計算點值，研究發現東區點值呈現較高。因此本研究以時間數列自我迴歸方法(auto-regressive model)分析 1996 至 2009 年間中醫師人力分布 Gini 係數的變動趨勢，是否因中醫總額預算實施而有顯著改變，結果如表 4-1 所示；分析時之 Gini 係數採取兩種區位分析，一是以全國鄉鎮為分析區位，另一是採健保行政分區轄下之鄉鎮為區位，分別評估整體中醫師人力之地理分布。由表中可知整體而言在總額預算實施後，中醫師人力之地理分布有統計顯著的改善，實施後 Gini 係數平均約下降 1.74，若以研究期間 Gini 係數平均 0.3795 來估算，總額預算實施後約改善了 4.58% 的分布不均度；然而總額預算改善的效果在控制原先(未實施總額)時間趨勢後，總額預算制度的影響並未隨著實施時間拉長，而有逐年改善的效果($\beta=0.04$, $p=0.24$)出現，即總額預算制度隨著時間改善的效果，並未大於未實施時自然改善趨勢($\beta=-0.11$, $p<0.01$)。

(二)總額預算制度實施前後浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數之趨勢變化

中醫總額預算實施之浮動點值，是否影響中醫師人力地理分布？本研究以中醫浮動點值(表 4-2)與中醫師地理分布 Gini 係數(參見表 4-3)進行初步比較，並以雙軸趨勢圖來分析是否相關，由於在實施總額預算前並無浮動點值，因此在實施前的觀察期間均以 1 點 1 元呈現。臺灣地區(不分業務組)之趨勢如圖 4-11 所示，雖然在實施總額預算前中醫師地理分布之 Gini 係數即有下降趨勢，但自 2002 年起 Gini 係數與浮動點值似乎有相近的時間波動趨勢；若以不同業務組個別來呈現(參見圖 4-2 至圖 4-7)，則不同業務組間有些微差異，除中區與南區有較明顯的差異外，其餘各業務組在兩個數列的趨勢與台灣整體的趨勢大致相似。

(三)總額預算制度實施後浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數之趨勢相關

總額預算實施後，浮動點值是否影響中醫師人地地理分布，本研究以時間數列分析之交叉相關函數(cross correlation function, CCF)探討浮動點值與中醫師人力分布 Gini 係數之時間交叉關係，以檢定兩數列是否存有交叉相關性及其落差期數，由於資料是以「季」為單位，研究設定分析前後兩年(各 8 個時間觀察點)之係數，由於兩數列之資料並非定態(stationary)，因此數列採用一階差分(first-order differencing)。

全臺中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數的 CCF 分析結果如圖 4-8 所呈現，兩數列在落後 2 期時，相關係數達顯著統計($r=-0.343$)，表示兩數列在落差兩期時呈現負相關，即當點值較高時，2 季後的 Gini 係數會較低，Gini 係數低表示中醫師人力地理分布較均勻，意涵為當點值高時，在 6 個月後其 Gini 係數呈現較低，似乎暗示點值與分布之關聯，即點值高時有改善分布效果。然而若以各業務組總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數個別進行 CCF 分析時，除東區業務組在第八期有顯著正相關($r=0.35$)外，其餘各業務組均未發現統計顯著相關，表示業務組內的點值與業務組內的中醫師

人力分布相關性較弱，總額效應影響的層面可能是中醫師在不同業務組間的分布為主。

雖然全臺中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數呈現關聯，代表了點值變動與 GINI 係數的關聯，但若將時間拉長則無產生時間效應。判斷上應是總額實施前期之成效較明顯，2006 年後地區總額公式改變後時浮動點值之變異趨緩而造成時間拉長後其效果不顯著的可能原因。

第二節 近三年新設立中醫師人力之流向分析

本研究分析近三年即 2007 年至 2009 年間健保業務組、縣市及鄉鎮級新執業之中醫師人力地理分布情況，如表 4-4 與表 4-6 所示。

以 6 個業務組來看，在 2007 年至 2009 年資料中呈現臺北業務組新設立機構之中醫師人數最多，其次為其次為中區、高屏、北區及南區。東區新執業之中醫師相當少。不過此分析並未納入各業務組轄下之人口數，因此是否合理尚難以直接評斷。但是東區數值來看確實是應是相對較少中醫師前往新設立之區域，對於東區中醫師執業所面臨之困境，請參見附件五（一位中醫師對總額分配及整體醫療體系規劃的來函建言）。

由縣市層級來看三年間新執業中醫師數，以台北市為最高有 242 人，其次為台北縣 221 人、台中市 107 人、高雄市 99 人以及桃園縣 78 人；這三年以 2008 年新執業中醫師人數相對較另兩年多。另外從鄉鎮層級來看，在新執業中醫師數，於 2007 年以台北市松山區最多有 20 位，其次為臺北縣中和市 15 位、台北市中山區 13 位、台北市北投區 13 位、高雄市苓雅區 10 位；2008 年以台中市南屯區最多有 19 位，其次為台北縣新莊市 16 位、台北市大安區 15 位、台北縣中和市 12 位、台中市北屯區 11 位；2009 年以台北市大安區 21 最多有 21 位，其次為台北市士林區 16 位、台北縣中和市 16 位、台北市中山區 13 位、高雄市前金區 11 位。

由表 4-7 可知，近三年新執業中醫師數前 10 名之地區皆分布在臺北基隆大都會區、高雄大都會區以及臺中彰化大都會區等人口數達一百萬人以上之大都會區內；前 10 名之地區的人口密度大多在每平方公里萬人以上，相較於全台灣之平均(以 2009 年為例)為每平方公里 369 人，以及密度最高之縣市—高雄市的每平方公里 9948 人，這些新執業中醫師數前 10 名的地區多屬於高人口密度之地區，以人口數來看，大部份地區也都有 20 萬人以上，相當於宜蘭縣、苗栗縣等地區全縣人口數之一半。其餘幾個人口密度未達每平方公里萬人以上之地

區，歷年人口密度多呈現上升趨勢，如台中市東區由 2005 年的 7794.3 到 2009 年的 79957.68，臺中市南屯區由 2005 年的 4472.74 上升到 2009 年的 4827.08，高雄市楠梓區由 2005 年的 6342.63 上升到 2009 年的 6655.9。

由以上的研究結果顯示新執業中醫師數，在執業地點選擇上，仍較多選擇台北縣市、台中縣市、高雄縣市及桃園縣等人口較多之都會區。與前一年的研究有相類似之結果，都會區仍是新設立中醫醫療機構之執業中醫師的較佳選擇，可能與其平均收入有關。

雖然較多數量之中醫師流向都會區與都會區周邊區域，但也逐漸有少部分新執業中醫師進入較偏遠的鄉鎮執業，使在全臺灣地區中醫師人力分布的GINI係數逐年下降，即於鄉鎮層級分布趨於平均。

第三節 中醫總額專家德菲研究之研究結果

本研究德菲問卷第一回共邀請 26 位專家學者(如附件一)，其中有 23 位專家回覆願意參與德菲問卷諮詢。專家基本資料統計如下：性別方面，男性共有 20 位，女性共有 3 位，平均年齡為 53.04 歲；是否為學校專兼任教職方面，非教職者有 10 位，兼任教職者有 4 位，專任教職者有 8 位，平均教職年資為 11.5 年；目前是否執行中醫臨床醫療業務方面，共有 10 位目前有執行中醫臨床業務，平均執業年資為 22.9 年，中醫師主要執業的場所中，3 位為私立西醫醫院附設中醫部或中醫科，1 位為私立中醫醫院，1 位為聯合診所，5 位為個人診所；是否曾參與中醫健保相關行政業務方面，共有 13 位曾參與(部份專家兩種層級皆曾參與)，中央層級有 11 位、健保業務組(分局)層級有 5 位。

第二回問卷統計結果如表 4-8 至表 4-10，對中醫總額分配基準態度評估方面，5 分為非常贊同，3 分為普通，1 分為非常不贊同，在「中醫地區總額應以六個健保業務組(原為健保分局)／縣市／鄉鎮為分配單位」題組部份，以健保業務組平均值 3.59 為最高，鄉鎮 2.05 最低，標準差介於 0.80~1.21 之間；其餘總額分配的考量部份，以「總額分配應考慮人口數」平均值 4.00 分為最高，其次為「總額分配應考慮中醫利用人口占率」、「總額分配應考慮過去申報點數」，「中醫總額分配應以論服務量計酬為基礎」為最低；對目前中醫總額分配模式滿意度部份，「對中醫總額區分東西兩區之分配模式的看法」平均值為 2.95，以及「對 100 年度中醫總額預算分配公式設計滿意」平均值為 2.82，專家整體滿意度在普通以下；在中醫人力分佈影響因素方面，「總額點值對中醫師人力地理分布會產生一定影響」平均值為 3.27 分雖然不低，但標準差有 1.16，顯示專家意見在此較為分歧，「民眾中醫醫療利用率會受到中醫醫療機構分布之影響」與「中醫醫療機構分布會受到民眾中醫醫療利用率之影響」平均值各為 3.91、3.95 差異不大，顯示無論以需求面或供給面來看，專家普遍認為皆有影響；最後在醫療資源分配部分，「中醫資源不足區域設定中醫師開(執)業收入保障」平均值為 3.86 分最高，其餘「對新設立中醫診所開業地點受到保險特約限制」、「總額另撥專

款獎勵中醫資源缺乏區域新設中醫機構」各為 3.59 分和 3.55 分，顯示專家普遍較偏向以法令制度保障，來改善醫療資源分配不均之問題。

中醫總額分配公式設定之評估方面，請專家依重要程度分別給予1~10之分數，其中「中醫利用人口占率」平均7.04為最高分，其次「地區老年人口占率」平均6.87為次高分，其餘6分以上的還有「戶籍人口占率」、「人口風險因子」、「中醫診所的數量」、「無中醫師服務鄉鎮人口數」等，以「西醫診所的數量」平均4.04分為最低，標準差部份以「無中醫師服務鄉鎮人口數」、「前一年申報點數」等較高。在占率考量方面，請專家勾由5%~95%之間選擇合適之比率，或勾選「不適用」(計算時視為0%)，與重要性部分相同，皆以「中醫利用人口占率」為最高，平均值為46.74%，以「地區老年人口占率」平均45.00%次之，最低同樣為「西醫診所的數量」平均14.09%，30%以下者還有「標準化死亡比」，標準差部份，以「地區老年人口占率」及「戶籍人口占率」較高。

若將專家學者依其背景，區分成有無執業經驗來看，有臨床執業經驗的專家學者對於區域民眾利用率、中醫資源不足區域設定開執業收入保障、以專款獎勵中醫醫療資源缺乏地區等項目有較高的關注。在公式考量因素上之重要性評估，有臨床執業經驗的專家學者對於既有之中醫醫療資源現況如中醫醫療利用人口佔率、中醫診所數量、無中醫師服務鄉鎮人口數、老年人口之比率、各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率、前一年之申報點數等因素有較高的重要性評分。在公式之權重與佔率的評估中，有執業經驗之專家學者認為應有較高比率權重的因素有中醫利用人口佔率高達58.50%，其次為地區老年人口比率、前一年的申報點數、無中醫師服務之鄉鎮人口數及中醫診所之數量。似乎有執業經驗的專家學者在中醫地區總額分配上更期待分配之考量因素有較多因素能維持現狀之基準。而相反的，無執業經驗之專家學者似乎對於現況維持的相關因素更能持平客觀。研究中西醫醫療資源是否應納入考量因素，不論是否有執業經驗的專家學者均給予最低重要性的評估，似乎暗示中西醫之門診醫療服務互補及替代性相當有限。

整體問卷研究結果，專家學者在共識部分有較高得分認為應在中醫總額公式納入考量之因素有中醫利用人口占率、地區老年人口占率、戶籍人口占率、人口風險因子、中醫診所的數量、無中醫師服務鄉鎮人口數等因素是建議於中醫總額公式納入考量。

問卷結果於專家會議中獲得之建議是，中醫醫療服務依過去分析結果老年人使用之比率並不高，建議可以將其排除。另中醫總額公式是否要過度著重考慮人口或中醫醫療利用人口比率因素值得斟酌，中醫總額公式應考慮現狀與分佈均衡的目標並重。中醫總額公式是否需要肩負引導區域資源分佈功能，應可以討論後，再考量公式應如何設計才是。

第四節 中醫總額預算分配與相關因素之關聯

(一)中醫門診總額地區預算分配情形

中醫門診總額於 89 年開辦以來，分區分配方式主要經過兩次改變，整理 89 年第三季至 100 年第一季各業務組分配金額，如表 4-11 所示，按各業務組分配金額占率繪製之柱狀圖，如圖 4-9 所示，可得知歷年各業務組占率變動幅度不大，以台北業務組所佔比例為最高，歷年占率約在 28%~32%之間，其次依序為中區業務組、高屏業務組、南區業務組、北區業務組，以東區業務組歷年占率約 2.22%最低，遠低於其他業務組。

各業務組預算分配部份，89 年至 94 年分區分配方式主要依照各區健保投保對象人數為分配基礎，校正「人口風險因子」與「開辦前一年各地區實際醫療費用比率」，其中人口風險因子逐年調高，由 5%逐年調至 30%，開辦前一年各地區實際醫療費用比率則由 95%降至 70%，由圖 4-9 可發現 89 年至 94 年，台北業務組(31.83%上升至 33.00%)與北區業務組(10.16%上升至 11.25%)分配金額占率逐年上升，中區業務組分配金額占率(25.61%下降至 23.68%)則明顯下降，南區、高屏以及東區業務組則僅有略為下降之趨勢。人口風險因子係以「人口結構校正比例」計算，其中人口結構校正比例為「人口占率」乘以「人口指數」，「人口指數」之計算是以全國各性別、年齡層之平均醫療費用乘以該業務組各性別、年齡層之投保人口數後除以該業務組總投保人口數，計算出該業務組校正後之平均每人醫療費用，最後除以全國人民平均每人醫療費用，求得各業務組投保人口平均醫療費用為全國平均每人醫療費用之倍數。由「人口結構校正比例」之計算可得知當業務組內人口越多，則人口風險因子越高，因此 89 年至 94 年間，如圖 4-10 所示，北區業務組人口占率高於分配金額占率且人口占率逐年上升，因此分配金額占率 89 年至 94 年上升 1.09%；中區業務組則相反，因人口占率平均為 19.35%，遠低於 89 年分配金額占率的 25.61%，故出現逐年下降之情況，至 94 年分配金額

占率已下降至 23.68%；台北業務組則因人口占率與開辦前一年各地區實際醫療費用比率皆為最高，因此分配金額占率由 89 年度至 94 年度上升 1.17%。

93 年度至 94 年度由於各業務組點值落差明顯，因此分區分配方式自 95 年度起，中醫地區總額分配改為先分東西二區(東區 2.22%，其他 5 區 97.78%)，西區之五分區各季預算分配，90%以各分區各季依校正指標(包含重複就診率、用藥日數重複率)校正後該區中醫院所實際申請醫療費用點數之占率分配預算，10%以 94 年各分區各季前開校正後申請醫療費用點數，經加權指標(各業務組 8 項指標表現)加權計算後之申請醫療費用點數之占率分配預算。如此分配方式下，台北業務組由 94 年的 33.00%立即下降至 95 年的 28.68%，中區業務組則相對由 23.68%上升至 27.02%，而原來差異均在 0.5% 以內的南區業務組與高屏業務組，則因高屏業務組上升 1.02%，且南區業組略微下降 0.4%，而出現 1.87%的差距，北區業務組部份則略微上升 0.34%，此後至 98 年間因分配指標比例固定僅細則略調，故各業務組占率變動幅度不大。95 年起由於 90%是依申請醫療費用點數，並且校正重複使用之部份點數，更貼近該區真正需求量，因此可發現五業務組之 95 年中醫總額分配金額占率，多與前一年有明顯差異，差異最大為台北業務組，較前一年下降 4.32%，其次為中區業務組，較前一年上升 3.34%，高屏業務組、北區業務組各上升 1.02%及 0.34%，南區業務組則下降 0.38%；由圖 4-11 可知歷年各業務組申報總點數占率，發現 95 年各業務組分配金額占率與 94 年各業務申報總點數差異相當小，差異最高僅 0.23%，顯示 95 年的地區預算分配方式，非常接近各業務組申報總點數。

99 年起 5 區共 97.78%之預算分配方式再度調整，改為，80%預算以「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際收入預算占率」分配，5%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配，5%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配，5%預算以「各區去年同期人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差指標加權校正後之占率」分配，5%預算以「各分區各

鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。由於新的預算分配方式,雖然 80%是以各區實際收入預算占率分配,但仍有 10%是以各區去年就醫次數、利用人數及費用成長率等作分配,因此相較於 95 至 98 年間之各區總額預算占率,99 年並未有明顯差異,僅南區上升 0.39%較為明顯,其餘各區均持平或略微下降。

(二)人口占率、中醫利用人口占率以及中醫總申報點數占率與中醫總額分配之比較

圖 4-12 至圖 4-17 是六業務組之歷年中醫總額分配金額占率與相關因素之比較圖,其中相關因素包括人口占率、中醫利用人口占率及中醫總申報點數占率等。89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配費用之基礎,校正人口風險因子與實際醫療費用比率,尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用,故以虛線部份呈現調整回歸就醫分局後所分配之費用;95~100 年各業務組分配金額已依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎,費用已按實際發生地區分配故無需再調整跨區費用。因此在 91 至 94 年度地區總額公式除原有納入分配之各因素,另外納入針對於跨區就醫部分,需將費用回歸至就醫分局的設定,在圖中則以虛線標示作為其實際分配之金額佔率之參考,實線部份則反應出未回歸就醫分局費用時之原有公式分配情況。

台北業務組方面(圖 4-12),中醫總額分配金額占率在中醫總額實施之初與人口占率相當接近,91 年中醫總額分配金額占率開始上升,與中醫利用人口占率越來越接近,93 年與 94 年兩占率幾乎相同;95 年因分區分配方式改變,中醫總額分配金額占率由 33%驟降至 28.68%,與中醫總申報點數占率 28.48%僅差異 0.02%,其後各年中醫總額分配金額占率,皆與中醫總申報點數占率幾乎相同。整體來看,雖然台北業務組中醫利用人口占率相當高,歷年皆高於人口占率以及總申報點數占率,且歷年趨勢與總申報點數占率相同,平均差異維持在 5%上下。但若以回歸就醫分局後之總額分配金額來看,

整體所產生地區總額公式分配結果，似乎又接近於申報點數為主。

北區業務組方面(圖 4-13)，中醫總額分配金額占率歷年皆低於人口占率、中醫利用人口占率，在中醫總額實施之初，略低於中醫總申報點數占率，但其後越來越接近中醫總申報點數占率，93 年兩占率幾乎一致，其後數年皆與中醫總申報點數占率相近。整體來看，北區在四項占率皆有逐年上升之情形。若檢視回歸就醫分局之實際分配金額來看，亦是貼近申報金額。

中區業務組方面(圖 4-14)，中醫總額分配金額占率在中醫總額實施之初為 25.61%，介於中醫總申報點數占率 29.81%及中醫利用人口占率 23.53%之間，89 年至 94 年間可發現，中醫總額分配金額占率逐漸下降至約 23%，越來越接近中醫利用人口占率；95 年分區分配方式改變，中醫總額分配金額占率突然上升至 27.02%，其後數年皆與中醫總申報點數占率相當接近。整體來看，中區業務組在中醫總申報點數占率方面與台北業務組相近，但中區的總申報點數占率有逐年下降之情形；中區的中醫利用人口占率與人口占率皆遠低於總申報點數占率，平均差異各約 5%和 9%。若以回歸就醫分局後之實際取得金額來看，費用回歸就醫分局的機制使得分配之現狀趨於接近申報點數現狀。

南區業務組方面(圖 4-15)，中醫總額分配金額占率在 94 年以前約 14.8%，近似於人口占率，平均較人口占率低 0.43%；95 年分區分配方式改變，中醫總額分配金額占率開始與總申報點數占率相近，其後在人口占率與總申報點數占率間浮動。整體來看，南區人口占率歷年來皆高於利用人口占率與總申報點數，但人口占率略有逐年下降之情形，而利用人口占率與總申報點數則在 95、96 年曾略微上升。在費用回歸就醫分局之影響並不是很大，但仍使分配之結果更接近於實際分配之點數。

高屏業務組方面(圖 4-16)，中醫總額分配金額占率在中醫總額實施之初為 15.32%，與總申報點數占率 15.21%相近，其後總申報點數占率逐年上升至 16.4%左右，接近人口占率，中醫總額分配金額占率則持平，但因中醫利

用人口占率上升至 15%，因此在 92 年至 94 年間，中醫總額分配金額占率與中醫利用人口占率相當接近；95 年分區分配方式改變後，中醫總額分配金額占率上升至 16.18%，其後與總申報點數占率、人口占率皆相近。整理來看，雖然高屏區人口占率略微下降，但總申報點數占率與利用人口占率皆有上升情形。高屏業務組在費用回歸就醫分局別機制影響下，也是趨於與申報點數接近。

東區業務組方面(圖 4-17)，中醫總額分配金額占率歷年來皆維持在 2.22%，較人口占率為低，但比利用人口占率與總申報點數占率高。整體來看，東區人口占率有略微下降之情形(89 年 2.69%，99 年 2.46%)，利用人口占率與總申報點數占率兩者趨勢相似，都曾在略微下降後，微幅上升至接近中醫總額分配金額占率，但在 95 年後又出現下降情形。東區業務組在費用回歸就醫分局別機制影響下，與本來的分配費用變化不大，但就其變動趨勢與申報點數相關，但實際佔率則與中醫利用人口比率接近。

第五節 中醫門診總額實施後對於各業務組醫療費用上升趨勢之影響

(一) 中醫門診總額實施後總申報點數之趨勢

中醫總額於 2000 年 7 月開始實施，附件一呈現實施前的 1998 年到實施後的 2009 年中醫門診各季總申報點數以及平均每一醫師申報點數。在中醫門診總額各季各業務組總申報點數趨勢部份(圖 4-18)，可以發現台北業務組及中區業務組總申報點數，由 1998 年的 7 億左右逐漸上升至 2009 年的 13 億左右，總申報點數上升幅度較其他業務組高，另台北業務組更由 2005 年第二季開始明顯高於中區業務組；高屏業務組、南區業務組及東區業務組等三業務組上升趨勢接近，近年來高屏業務組上升趨勢較為明顯；東區業務組則於十二年來，僅小幅度上升約兩千萬，仍未突破億。圖 4-18 以虛線分為中醫總額實施前與實施後兩部份，發現總額實施之初兩年，並未有總申報點數突然增加之情況，但約 2002 年起，台北及中區兩業務組開始突破 10 億，並且上升幅度開始明顯較總額實施前來得快。圖 4-19 為全國總申報點數趨勢，同樣可發現總額實施之初兩年與總額實施前相似，但由 2002 年起開始顯著上升，由 31 億逐漸上升至 2009 年的 46 億，應與醫師診察費調升有關。另外，無論分區或全國之趨勢圖，都可發現總申報點數，於每年第一季都有突然下降之情形。應是與第一季遇到春節期間，民眾對於非急性的醫療需求服務通常在該季會減少使用，導致費用與利用均有下降的趨勢。

中醫總額各季平均每一醫師申報點數分區趨勢部份(圖 4-20)，可發現歷年各季起伏較大，長期來看，僅東區業務組和北區業務組的平均申報點數有上升趨勢，其餘各業務組雖然變動幅度大，但 1998 年與 2009 年並未有顯著差異，因此也無法看出 2005 年以前及 2006 年以後的差異。各業務組間的比較，發現與總申報點數相反，以東區業務組、高屏業務組及南區業務組之平均每位醫師申報點數，較其他業務組的醫師來得高。總額實施前後之差異部份，發現各業務組皆於總額實施前突然明顯下降，實施後以東區業務組、高

屏業務組及南區業務組有逐漸上升之趨勢，但 2004 年以後，南區業務組不升反降，高屏業務組則由 2008 年開始趨於平緩，僅東區業務組繼續呈現上升趨勢；其餘各局則在總額實施前後未有顯著變化。圖 4-21 呈現 1998-2009 年各季平均每一醫師申報點數之全國趨勢，發現總額實施前有下降之趨勢，總額實施後開始逐漸回升，但 2005 年之後，又有些微下降之趨勢；但長期來看，平均總申報點數皆落在 80 萬到 100 萬之間浮動，並未有顯著之變化。

整體而言，無論分區或全國之趨勢圖，都可發現總申報點數，於每年第一季都有突然下降之情形，可能係受到春節放假及二月份診所看診日數較少之影響。另 2002 年每申報案件平均點數突然上升，可能應與醫師診察費支付點數調升所產生之影響有關。

(二)中醫門診總額實施後總申請案件數與平均每案件點數之趨勢

圖 4-22 為歷年各季各業務組每位中醫師平均申報案件數，由 1998 年至 2009 年整體可發現，各業務組平均申報案件數皆有明顯下降之情形，尤其以南區業務組、高屏業務組及中區業務組下降較為明顯。與分配金額占率相反，每位中醫師平均申報案件數以高屏業務組、南區業務組及東區業務組較高，近年來約分布在 2000 件到 2500 件，而分配金額占率較高的北區業務組、中區業務組及臺北業務組，近年來多分布在 1500 件到 2000 件之間；各組間每位中醫師平均申報案件數之差異，歷年來未有太大變動，較特別的是高屏業務組在 2004 年第四季起開始，高於東區以及南區業務組，直至 2008 年第二季再度低於東區業務組。整體趨勢方面，由 2000 年初，發現每位中醫師平均申報案件數突然下降，其後各年皆明顯較 1999 年之前為低，2000 至 2005 年間發現各業務組皆曾有略微下降 250 件後再度上升之情形，可能與中醫師團體進行內部管控有關，各季起伏變得較為平緩，2006 年第一季出現新低點，其後 2006 至 2009 年間，可發現平均申報案件數較過去為低，直至 2009 年第二季平均件數再度拉高。

圖 4-23 為歷年各季各業務組每申報案件平均點數，整體來看，1998 至 2009 年各業務組皆有明顯上升之情形，且歷年變動趨勢相似，尤其北區業務組、高屏業務組及中區業務組等三業務組幾乎相同。各業務組之間的差異，以台北業務組最為明顯，在 2005 年以前，皆明顯較其他業務組高出 40 點以上，2006 年以後，則與明顯上升之東區相近；南區業務組則為各業務組中最低者，尤其 2005 年以前，皆與其他業務組之每申報案件平均點數有明顯差異，直至近年來才開始縮減差異；北區業務組則在 2002 至 2008 年間，曾稍微高於中區業務組及高屏業務組。2000 第三季中醫總額實施後，各業務組每申報案件平均點數開始有上升之情形，尤其在 2002 年突然明顯上升約 50 點，其後東區業務組及南區業務組有逐漸上升之情形，北區業務組則為下降，其餘各業務組則持平，並未因 2006 年總額分區分配公式改變，而有明顯之變動。

第五章 討論

本章為討論部份，共分四節，第一節為總額下中醫醫療資源分布影響與公平性，第二節為中醫總額分配公式之目的與影響，第三節為未來中醫總額公式應考量因素，第四節不同中醫地區總額分配公式之可能衝擊，以下分別敘述之。

第一節 總額下中醫醫療資源分布影響與公平性

關於中醫總額支付制度下，對於中醫醫療資源分布影響與公平性，以下分為總額點值對於醫療資源分布之效果與新設立機構之中醫師流向兩部份來看：

(一)總額點值對於醫療資源分布之效果

本研究以時間序列檢驗總額點值變動關係對於 GINI 係數之影響，結果發現全台灣地區歷年中醫總額浮動點值與中醫師地理分佈 GINI 係數，兩數列在落後 2 期時，相關係數達顯著統計，表示兩數列在落差兩期時呈現負相關，即當浮動點值較高時，2 季後的 GINI 係數會較低，GINI 係數低表示中醫師人力地理分佈較均勻。以各業務組總額浮動點值與中醫師地理分佈 GINI 係數個別進行分析時，除東區業務組（健保分局）在第八期有顯著正相關外，其餘各分局均未發現統計顯著相關，表示業務組內的點值與分局內的中醫師人力分佈相關性較弱，總額效應影響的層面可能是中醫師在不同分局間的分佈為主。因此表示在區分成六個業務組（健保分局）時，因為點值差異而造成全台灣中醫師人力在鄉鎮層級之分布情況產生關聯，不過在同一個業務組轄區下之各鄉鎮中醫師地理分布之 GINI 係數卻無差異，所代表意涵應是中醫師在 6 個業務組分去下的點值差異，的確造成鄉鎮層級地理分布在總額預算實施後約改善了 4.58% 的分佈不均度，換言之，是中醫師在流入 6 個業務分區是有些差別，但進入各分區後仍往各分區之都會區集中比率較高。

然而總額預算改善的效果在控制原先（未實施總額）時間趨勢後，總額預算制度的影響並未隨著實施時間拉長，而有逐年改善的效果，即總額預算制度隨著時間改善的效果，並未大於未實施時自然改善趨勢。基本上中醫師人力在總額實施前，即有隨著時間改善鄉鎮層級的地理分布現況，分區後點

值之差異，對於地理分布有微幅的改善，但仍遠小於自然改善之趨勢，較可能的解釋是，總額點值的波動對於原有已經執業之中醫師應不至於有太大產生移動執業地點到中醫師不足的區域，較有可能應是新流向的少量中醫師赴點值較高且中醫師缺乏地區所致，故對於中醫師分布所產生的影響效果較小。過去在黃偉堯的台灣地區醫師人力地理分布之變遷（黃偉堯，1999）及黃昱瞳的全民健保實施牙醫總額預算制度對醫療資源分佈的影響評估（黃昱瞳，2001），都實證了經濟誘因對醫師執業地點有決定性之影響；而黃昱瞳的研究更直接證實總額點值對於牙醫師地理分布之影響。換言之，即使不以分區總額預算分配方式，中醫師人力亦隨著時間的變動，而逐年有所改善只是改善速度相當緩慢，必須等到在都會區域執業收入低於鄉村地區才有可能。因此在以 6 個分區前提下企圖運用總額預算制度點值差異，來作為引導中醫師執業地點分布平均方式，在政策上值得加以商榷。如果真的要依錢跟著人走，並以總額支付制度點值效應，來產生醫師人力拉力或推力，達成醫療資源分布均衡之效果，則可能在政策上，必須以更小的總額區域劃分，如以縣市、醫療次區域或鄉鎮層級，可能會有更好的均衡效應。

(二)新設立機構之中醫師流向

中醫總額制度對於新設中醫醫療機構與中醫師流向，應是最需要受到重視一部份，實際上，原有集中於都會區域或中醫師密度較高的中醫師，較難因為點值的影響，而遷移其原有執業地點至點值較高的區域，只有新設立機構之中醫師，較有可能選擇點值較高或市場競爭較小之區域執業。而影響醫師執業地點之因素相當多，李彩萍於 1988 年台灣地區醫師人力地理分布之改變情形與影響因素之探討（李彩萍，1987）、黃偉堯於 1989 年所研究醫師間的競爭對醫師人力地理分布的影響（黃偉堯 1989）及季麟揚於 1991 年台灣地區 1989 年至 1991 年牙醫師人力之分布與變遷（季麟揚，1991）等，均分析了醫師執業流向往往會考慮當地人口及生活機能問題。現行制度下，對於赴偏遠地區執業之中醫師雖提供相當程度誘因，但願意前往者仍相當有限，有可能是醫師認為日後要在該區域維持相當收入之營運有一定程度之困難。

即使在本研究所分析近3年新設立中醫師的流向中，亦呼應前面時間序列分析結果，近3年新設立中醫醫療機構的中醫師，其主要流向並非以中醫醫療資源最缺乏地區，而是流入人口數較多的都會區域或周邊鄉鎮區域，對於資源分布的改善相當緩慢。根據文羽革等人研究指出總額制度下市場的競爭對於中醫師選擇較不競爭地區執業之影響並不大（文羽革，2004）。主要應是該區域之民眾的中醫消費市場的大小，中醫師往往選擇已有中醫師執業鄉鎮，在該鄉鎮與其他中醫師競爭原有中醫醫療利用之民眾，優於自行開發原來不使用中醫醫療服務之民眾。因此，中醫醫療資源地理分布是否應仿效當年醫療發展基金作法，將缺乏中醫師區域分及獎勵，或許不一定要從最偏遠地區來改善，可增加同時獎勵鄰近偏遠地區鄉鎮之仍屬中醫醫療資源不足之區域或許成效會優於極端偏遠且人口稀少之鄉鎮，且對於偏遠鄉鎮居民亦可縮短其取得中醫醫療服務之時間成本，亦算是增進偏遠地區民眾就醫之權益。現有總額下，亦有專款獎勵巡迴醫療服務，來短期因應並滿足民眾於中醫醫療服務之就醫權益。

除了總額支付制度下，分區的支付點值差異對於醫療資源分配上的影響外，中醫師人力之培育對於中醫醫療資源的地理分布亦可能產生更大之影響。在中醫師特考結束後，中醫師培育回歸至學校教育培育後，而原由中國醫藥大學為中醫師唯一培育來源也因為長庚大學的中醫系學生畢業及甫設立之義守大學與為還可能設立的花蓮慈濟大學，對於中醫醫療資源的分布改變將值得更進一步的期待。

第二節 中醫總額分配公式之目的與影響

總額支付制度實施的主要目的，首要應是控制醫療費用上漲幅度與趨勢，其次才是在地區總額分配時，藉由點值差異引導資源分配之均衡。而且此時之地區總額區域之劃分，才是決定區域均衡水準之要素。臺灣中醫總額制度下，主要分成 6 個業務組進行區域預算分配控制，隨後又改成東西兩區作為地區總額預算分配之基準，實質上已喪失地區總額分配之主要精神。因此中醫總額是否應回歸為主要控制費用成長與區域醫療費用分配之主要功能為主，不應賦予較多均衡中醫醫療資源之期待。針對中醫醫療資源分配不均問題，或許應採用其他更直接之策略，如獎勵至中醫醫療資源缺乏地區開業、新特約機構限制、公立中醫醫療機構設立、中醫師培育學校於區域之均衡、公費中醫師等公權力直接介入來達成，亦可考慮在總額分配前，提撥專款作為獎勵資源缺乏地區之用。將更有助於迅速均衡中醫醫療資源，以解決中醫醫療資源不均衡的問題。

臺灣全民健康保險於牙醫、中醫、西醫基層及西醫醫院部門實施總額預算制度，各部門總額有不同的地區總額分配考量，如表 5-1 所示。由於牙醫、西醫基層及西醫醫院，在整體醫療資源分配相對中醫較為均衡，在這三個總額部門運用點值差異，似乎不是最重要的考量因素，而是應在整體民眾醫療需求面來考量，因此人口因素、區域民眾健康風險因素及前一年的申報點數，均成為下一年度分配之考量因素，這些模式似乎與中醫分配上的考量，有些不同及差異，恐無法直接套用。

由表 5-2 數據，中醫總額下各分區歷年所獲得知，臺北業務組、北區業務組及中區業務組在目前分配模式下，其所獲的之預算比率是較貼近申報點數，而偏離以人口為分配之比率，亦即目前的分配模式是對這兩個區域之衝擊較小。東區業務組的點值雖然較高，仍低於以人口比率分配水準，南區業務組及高屏業務組則在現行分配模式下，所獲的中醫醫療費用分配已於其所轄下之人口比率相符。過去的公式設計再如何細分與考量各類影響因素，包含回歸就醫分局費用等機制的作用下，最後之實際分配金額結果仍與申報費用接近，似乎也未能實際達成公式欲產生的作用與效果，而是以趨近申報為結果。公式的成效仍停留在承認現狀的基準之上，較為可惜。

於德菲研究之結果發現，中醫利用人口占率、地區老年人口占率、戶籍人口占率、人口風險因子、中醫診所的數量、無中醫師服務鄉鎮人口數等因素，是專家學者有較高共識，建議優先納入中醫總額公式考量。但學者也提出中醫醫療服務依過去分析結果，老年人使用之比率並不高，建議可以將此項目排除。

中醫總額公式是不是要過度著重考慮人口或中醫醫療利用人口比率因素值得斟酌。在目前台灣地區中醫使用人口僅維持在相對較低比率時，若能將中醫醫療資源均衡分配於全台灣地區固然很好，但在使用人口比率仍未提升之際，可能會造成資源配置效率不佳的情況。整體政策更應優先考慮滿足現有已有需求的民眾，再求逐年逐步均衡醫療資源。

中醫總額公式是否要肩負資源均勻分配的引導者，是重要的考量，若是則配套措施應是地區大小的規劃，以本研究時間序列結果而言，六個分區下區域之醫療資源確有提升，但六個分區個別區域內之分佈均衡卻無顯著差異。假使中區中醫醫療資源雖然較其他區域來的多，但中醫師流入中區時，若流入中醫師人力資源本來就較多的台中市北區，如此同樣隸屬中區的彰化縣或南投縣，其部分中醫醫療資源缺乏的鄉鎮，仍無法解決問題，反而同受低點值的影響，無法吸引中醫師進入執業。因此，公式若要導引地理分佈問題，必須同時考量降低地區總額分配區域的層級為縣市、醫療次區域或鄉鎮。

另一看法是中醫總額公式僅是分配現有中醫醫療資源給予中醫醫療機構提供者的角度，而中醫醫療資源分佈則由另外的預算來解決。因此是否考量每年中醫總額預算中，提撥相當比率作為資源分配改善基金，其餘則由地區預算分配公式暫以中醫醫療利用人口來分配，逐年檢討中醫醫療資源不足區域改善情況，以增加偏遠地區中醫醫療資源，滿足民眾之中醫醫療需求及就醫權益為目標，最終仍以人口之健康風險需求來評估。

第三節 未來中醫總額公式應考量因素

中醫醫療服務納入全民健康保險是一項創舉，也是臺灣全民健康保險的一項重大之特色。其意涵也代表臺灣全民健康保險之給付涵蓋範圍的完整周延 (comprehensive)。不過中醫醫療費用於歷年醫院、西醫基層、牙醫門診等各項總額下醫療費用支出金額比例，僅佔約 4% 左右，每年所分配到之醫療費用約 200 億元上下，因此較難成為重要被關切的議題。

就全民健康保險之意涵來說，既然民眾加入全民健康保險體系之下，中央健康保險局就有責任提供民眾所需之醫療給付給納保之民眾，並且還要確保其可近性，始能說確保民眾之就醫權利，因此對於中醫醫療資源的地理分布均勻與否相當關切。然中醫醫療機構在地理分布與西醫及牙醫有相當大之不同，中醫醫療資源因歷史因素，受其培育學校與醫學教育等因素之影響，集中於臺灣西部與主要人口較集中都會區域，也造成經年累月在機構所屬地區培養出對於中醫醫療服務有使用偏好的人群。加上中醫醫療服務的特性，如其作用溫和療效作用較西醫醫療緩和，且不提供急診與住院服務，因此中醫醫療提供之疾病醫療服務往往侷限於輕微疾病（如上呼吸道感染）、骨骼及肌肉之相關疾病、其他慢性疾病（洪錦墩，2008）。對於許多民眾而言，中醫醫療服務往往是西醫醫療服務外之另一選項，而非主要選項。以 2010 年的健保資料而言，當年度曾經使用中醫醫療門診服務之人，僅佔全國人口之 28.95%，多數民眾在該年度均未曾使用健保之中醫醫療服務。

中醫總額公式之設定，涉及各區域中醫師分配資源的多寡與利益，加上中醫醫療服務在民眾之利用率尚低等條件下，無法單純成為學術問題，而是涉及體系重整與利益分配問題，中醫師選擇執業地點之行為甚多且複雜，不僅僅是中醫健保支付點值，更有服務量、配偶居住環境、子女教育等諸多因素，市場競爭、總額點數均只是影響因素之部份而已。中醫總額當前應扮演的角色，應是醫療保險費用之給付為主，均衡醫療資源為輔。由於中醫與西醫間的醫療利用可能產生替代，加上目前中醫醫療使用人口在 30% 以下的條件，考量資源有效配置下，是否需將中醫醫療資源公平且均衡地依據人口分布重分配至各地，抑或是先滿足有中醫醫療需求之人口，再求逐步依據民眾擴展之中醫醫療需求

逐年改變分配。此兩種不同想法將影響中醫總額公式的分配哲學。

中醫地區總額公式設定考量因素，必須先釐清其分配之主要目的，若只是提供中醫醫療院所之費用支付，則考量的因素應有所不同。若是考量健保整體被保險人資源分配之公平性，則思維上必須完全不同。若考量資源的有效率配置，包含現實面環境現況及政策可行性，則納入地區總額分配公式因素得需更多方考量。中醫地區總額公式的設定，注定是一大難題，也是健保各類地區總額分配公式中，最難協調到大家都可以滿意者。

針對中醫地區總額公式設定之建議，建議以現有架構進行微調，在衝擊最小的情況下，逐年加入區域調整因素，以達成中醫醫療資源分布均衡的目標。現實上要現有中醫師改變現有執業地點，而達成資源均衡其實是較困難，比較容易可能是引導新投入市場之中醫師執業地點是相對較可行，因此地區總額公式是否要考慮承認市場現狀，又要避開現有機構可能有供給創造需求問題時，變得十分複雜。影響中醫師執業地點之行為模式的政策，不應僅考量以總額之點值為唯一考量，運用於中醫師人力資源較多地區延遲特約或獎勵持續停留於中醫師人力不足區域，都是可以加以考量的方式。

英國醫療資源分配研究小組提出，一個好的地區加權人口公式應該符合四個評估標準：(1) 與理論相符合，以使公式內容具有邏輯性、適當性、相關性和可變性；(2) 具實用性，所使用的方法必須可以計算，統計資料可靠，以使計算過程不用加入過多的人為判斷；(3) 公式應該簡單易懂，雖然某些所引用數據的細節也許會較為複雜；(4) 公式的計算結果應該避免提供醫療院所反向的或不良的行為動機 (HCHS, 1997)。

中醫地區總額分配公式若是考量公平性與現實條件下，必須依循錢跟著人走之條件下，而全國中醫醫療使用偏好者未達五成以上前，短期折衷方式是採行以全國中醫偏好使用者或以目前中醫醫療利用人口作為中醫地區總額公式之人口分配依據，並以每年使用人口成長率來作為年度預算調整。短期以現有健保中醫門診使用人口來分配，間接承認中醫療機構之分布與中醫醫療服務現況，但此模式前提是必須將中醫醫療資源缺乏改善，另以預算處理調整，期以醫療服務公平條件下，相同需求者有相同的照護；而不同需要者提供不同的照

護 (Wagstaff & van Doorslaer,2000)，以確保全民健保下之民眾權益。

醫師人力的配置應基於區域民眾的需求來配置；區域民眾的總需求與該區域民眾之數量及健康狀態與對醫療利用之認知有關。因此人口數依然是決定醫療利用或費用的最主要要素，也就是理論上人口較多的地方，應配置較多之醫師，而醫師人力實際的地理分佈，在諸多研究結果也都呈現在人口多的地方醫師人力也會聚集（張苙雲，1983；黃偉堯，2002；黃伯彥，2000）；

但偏遠地區醫師人力不足之鄉鎮區，除了其醫療市場無法滿足醫師目標所得外，醫師及其家人的教育與生活品質要求等問題將是另一障礙，將會造成醫師人力缺乏問題更加嚴重（Chiang, 1995; Newhouse,1982）。

地區總額的設定，或其他任何透過總額財務機轉，來達成醫療資源重分配的效果，相關政策規劃者負有極大的責任。由於現存的醫療利用情況，深受醫療資源分佈的現實影響，因此依據地區民眾需要來規劃醫師人力的方法論探討，必須能夠儘量獨立於醫療資源分佈之外，亦即這些考量因素，必須儘量不受地區別醫療資源多少影響。也因此供給面因素之相關變項最好加以控制，或運用統計方法，排除對於區域醫療需求推計，以減少醫療資源推估必須遷就於醫療資源分佈之現況。

基本上要公平的分配中醫健保總額費用到各區，所需要考慮的當然是考慮該區域民眾的健康需求，實際上與其醫療花費支出有關。而與醫療花費有關的主要因素如該區域之人口數、中醫利用人口占率、地區老年人口占率、戶籍人口占率、人口風險因子、中醫診所的數量、無中醫師服務鄉鎮人口數等因素其意涵含如下：」

(1) 區域之人口數：區域人口數應是預算分配之重要依據，人數是決定一個區域民眾應分配到經費的最基本參數。特別是全民健康保險屬於強制與完整性的綜合保險，單存考慮需求面與民眾最大選擇之考量都應將人口數納入分配考量之因子。且進一步去評估區域民眾之健康需要與健康風險校正，因此如年齡、性別及疾病負擔等因素可能會併入此因素，成為一綜合的指標。

(2) 中醫利用人口占率：由於中醫醫療主要運用於非急性醫療服務，在屬

性上有較大的需求彈性及個人偏好問題，且與其他醫療服務間可能存在替代或互補效果，若考慮地區之利用人口佔率確實是一符合在臺灣中醫醫療利用人口不高情況下，就有限資源最有效率配置的參數之一，因此也有學者專家相當推崇以次為主要分配因子。惟此項指標在運用上需相當審慎與小心，因為地區中醫利用人口佔率其受供給面影響相當大，且易導致機構不良動機增加區域中醫利用人口，最後在中醫醫療提供者區域提供較多經費誘因下，將造成資源更集中的逆向引導。如何公平評估中醫利用人口佔率成為替代中醫醫療需求人口之分布的虛擬指標是以此為分配參數成功之關鍵。

(3) 地區老年人口佔率：老年人口指標是否納入主要著眼於老人常有較高之醫療利用與費用，不同區域之老年人口比率不同確實應考量，但此指標必須考慮是否在地區人口健康風險及疾病負擔時已納入考量，並避免重覆納入公式成為分配因素。中醫醫療利用上，老年人使用中醫醫療比率也相當低（洪錦墩，2010），因此在專家德菲問卷中被專家視為相對重要因子，但專家會議中有些專家建議暫時無須納入分配考量。

(4) 戶籍人口佔率：戶籍佔率在近年的中醫地區總額分配公式被納入，基本上屬於替代地區人口之指標，亦是反映地區人口多寡的依據，亦屬正向之分配指標，由於戶籍資料來自官方不易造假，取得亦方便並不受供給面影響。其納入意涵對於地區總額之分配在於創造錢跟著人走的基本誘因。但戶籍人口往往與實住人口有相當之差異，如何校正亦是一個難題；且依戶籍人口因素無法考量年齡、健康需求、就醫選擇偏好等，往往必須再搭配其他健康需求因素考量。

(5) 人口風險因子：人口風險因子考量的是地區民眾之健康狀態與醫療需求，性別、年齡、社會經濟地位、疾病型態等等都是影響區域醫療費用之重要因素。Grossman (1972) 的理論認為健康是一種資本存量 (stock)，而這樣的健康存量會隨著年齡增加而產生折舊，而人們可藉由消費醫療服務來補充健康存量，其模式解釋了隨著年齡增加其醫療需求與支出均伴隨著增加，有太多的實

證研究均證明隨著年齡增加其醫療需求與支出均伴隨著增加，Feldstein（1998）認為教育水準與醫療服務的利用率有正相關存在，因為教育水準高的人對於疾病的認知遠比教育知識水準低者，且更能有效率地去使用醫療服務。而 Fuch（1979）的理論是認為時間偏好同時影響了健康及教育的資本投資，因此個人對健康之投資除了可能受教育之影響也受其時間偏好之影響。

（6）中醫診所的數量：中醫診所的數量納入分配因子，應是承認現狀，如同參考前一年申報點數或件數般。此因子由於過度來自供給面因素，除能減少對現有之執業機構造成過度衝擊的優點，應是中醫界容易接受之指標。但其缺乏均衡醫療資源的誘因，凡而有誘導經費分配再流入資源已充裕的區域，無助於改善資源分布平均與民眾公平接近中醫醫療服務之權利。

（7）無中醫師服務鄉鎮人口數：在分配公式中納入無中醫師服務鄉鎮人口數應是有期盼資源能投入無中醫師鄉鎮的改善措施，也就是區域無中醫師鄉鎮人口數愈多應投入改善之經費分配要愈多。惟臺灣因區分成6大區域進行區域經費分配，有可能因為區域過大，能因為某些區域內更集中特定鄉鎮或縣市時反而獲得較多經費之分配，有更多經費在該區域但未投入中醫師不足之鄉鎮或縣市反而驅使中醫師人力更集中的負面效果。運用時應特別注意其增獲經費之規範。

第四節 不同中醫地區總額分配公式之可能衝擊

中醫地區總額分配公式的變動將影響中醫醫療體系資源的配置，也可能影響到民眾的資源享用之公平性，公式應求不導致資源再過度集中之可能。

在公式簡化前提下與健保資源配置效率考量，亦有中醫專家學者提出以中醫醫療利用人口為分配之依據，取代一般人口作為預算分配，每年再依使用人口變動來調整預算模式。在整體民眾中醫使用率（30% 左右）如表 5-3 所示，仍不算高的情形下，基於目前具中醫醫療需求民眾權益保障考量，是可以考慮納入分配公式之考量。不過基本上應是有民眾之需求評估，關於民眾在中醫醫療需求評估，並無常規之具代表性的研究調查，若是為了每年的分配公式參數的需求，將耗去每年相當經費進行需求調查是值得加以審酌考量。比較簡單的方法是以前一年民眾之需求為依據，但這樣的數據又落入由供給面所提供的利用資料，其實深受機構之地理分佈現況影響，可能有供給創造需求的疑慮，且落入承認現況無法對於地理分佈產生足夠的誘因，引導中醫醫療資源走向分佈均衡，對於居住於中醫醫療資源缺乏區域有中醫醫療需求的全民健保被保險人來說不太公平。

因此若要採行以中醫醫療利用人口為依據的條件下，應有配套措施，如先切出改善中醫醫療資源分佈之專門預算，致力於提供中醫師赴中醫醫療資源不足區域之鼓勵及補助措施及經濟誘因；再依中醫醫療需求之民眾加以分配。以表 5-4 及 5-5 進行試算分析，表 5-4 代表 2009 年時中醫地區總額分配改為東西兩區的方式，表 5-5 則代表 2005 年當時中醫地區總額仍分為 6 區模式。由中醫使用者為佔率分配或是比較其他以申報點數、申報案件之模式進行分配，與當年度健保局各業務組所分配獲得預算金額相比較，目前分配之預算，台北及北區業務組應增加分配預算，而其他如中區等四個業務組則應略微調進預算，基本上其依現有公式所分配之預算，實質已接近以中醫使用人口為基礎；不過與人口數之基準分配仍有很大之差距，若急速將中醫地區總額以人口為基準分配，勢必對中區有極大之衝擊。或如過去的規劃中醫地區總額擬以 8 年緩衝期逐年改成以人口為分配之依據，在實施數年後面臨部分區域點值偏低而造成中醫醫療機構經營困難問題，而使政策無法持續進行。當然站在政府立場上促進

全民公平享有健保醫療資源仍是最優先之考量，以人口及其健康風險的公式考量因素納入中醫地區總額分配之中仍有其象徵意義與目標，也是存在一經濟上之誘因，同時亦是對於中醫界賦予一個均衡健保中醫醫療確保民眾全民健康保險體制下之公平權益的歷史責任與目標。

中醫地區總額分配若改成依中醫醫療利用人口，對目前之分配影響不大，又可簡化公式的複雜程度，是可以作為過渡的中醫地區總額分配公式，不過前提是一定要有另有均衡中醫供給者分布的配套措施，待中醫師執業地點地理分佈逐年均衡後，中醫人口更加普及與提升後，再改以人口佔率為終極目標。不過其可能之風險是運用中醫醫療利用人口數作為主要分配亦可能陷入誘導資源集中的反作用，因為在原本中醫醫療供給者較多區域培養出更多之中醫醫療利用人口，因分配到較多中醫醫療總額經費反吸引更多中醫醫療提供者投入，這是必須審慎考量。

第三種地區總額分配公式的考量模式，是以英國地區預算的分配架構為參考。即同時考量加權論人計費目標、現狀基準及改變速度等因素一併納入考量。即以地區人口數經健康風險校正之權數及前一年或數年之中醫醫療利用，再考量每年中醫師人數之變動與民眾醫療利用之改變。這些地區總額分配考量因素概念基本上是本研究學者專家可以接受及有共識，亦是折衷的方法之一。但是較難的是相對的權重應如何設定，既能符合中醫界期待又能朝向符合民眾就醫權益保障的公平性目標，更能有避免公式再導致資源趨於集中的惡化後果。因此另一選擇可考量中醫界較能接受的較高比率現狀權重搭配長期逐年微幅調整之健康風險校正的地區人口數，亦是考慮的模式之一。

中醫總額公式協商的難度在於中醫界與官方思維的南轅北徹之立場差異。中醫界對於公式考量的是公式的設計與變動，主要在於對既有之中醫醫療機構收入之影響，是中醫界在地區總額公式上之思維與考量。但在官方立場上，均衡醫療資源確保民眾就醫權利卻是其重要的使命及目標，但卻又受限於能使用的工具與策略相當有限，包含地區醫療資源進出的管控、預算分配區域大小設定等工具，最後僅能每一年與中醫界代表於中醫總額分配公式上的辛苦協商，必須堅持在公式中納入代表逐年對於均衡資源的象徵意涵的參數。加上中醫醫

療服務本質上的特性並非緊急且必須之服務且有個人偏好問題，使得中醫地區總額分配協商問題早已跳脫學術問題，而有較高的政治意涵與資源分配的角力戰場。

長期的中醫地區總額分配公式思維，不能忘記中醫醫療服務並非是個附加險，而是一個全民都應能享受的醫療服務，仍舊要回歸到公平均衡的分配到各個區域所有國民。整體中醫健保經費分配必須回歸到全民健康保險的精神，由於醫療供給者的分布不均衡的應是導致中醫地區總額公式的難題。

因此另一個思維是若最終中醫總額如仍須回歸如牙醫與西醫總額分配般，地區人口數與其健康風險將是重要分配因素，若直接以地區人口作為分配依據將對原有中醫醫療供給者產生直接衝擊。或許也可以直接將地區人口因素納入地區總額公式，規劃較長的緩衝期逐年調整；同時也考慮承認現狀，分配因素搭配現有服務量因子以減少對於原有中醫醫療提供者衝擊。

第陸章 結論與建議

本章為結論與建議部份，共分二節，第一節說明本研究發現的結果，第二節為針對研究結果所提的建議，以下分別敘述之。

第一節 結論

臺灣地區實施總額預算制度後，對於醫療費用之成長有良好的管控。而總額之下區分為6個業務組作為行政作業的分工與績效競爭提昇作用。在國家總額固定下後進行地區總額之分配，希望能夠將健保醫療費用作公平的分配，並期盼藉著分配能達成醫療資源公平的分配，提昇民眾使用各種醫療服務的可近性，以確保民眾納保之權益。中醫總額制度業已實施多年，透過分區預算之分配，造成點值之差異，企圖能對於原本分布極為分布不平均的中醫醫療機構，達成均衡分布之作用，但因現實之限制，中醫地區總額公式歷經多年變動，原先欲將人口因素逐年調高其佔率，來達成區域服務點值差異，引導中醫醫療機構分布，因考慮點值過低時，將會造成醫師提供服務不敷成本，終究放棄原來的地區總額分配公式，由六區改為東西兩區模式，本研究以地理分布評估及專家德菲法方式，評估中醫總額支付制度之分配公式對民眾權益確保，結論如下：

- 一、中醫總額實施後，以時間序列分析結果來看，中醫師人力資源的分布確實因為點值差異有所改善，且時間差約在兩季之後。亦即全臺中醫總額浮動點值與中醫師地理分布之GINI係數相關達顯著水準，中醫師人力地理分布趨於均衡與全台點值變動相關，但變動幅度低於中醫師地理分布的自然均衡趨勢，但各分區的點值高低與區內鄉鎮中醫師人力分布均衡無關。因此可以肯定實施中醫總額預算制度，對於民眾就醫權益有所貢獻。
- 二、近3年新執業中醫師流向數量較多的鄉鎮區域分析，發現較多的新執業中醫師仍流向都會區域或都會區域周邊，這些區域的特徵是人口數稍多，且中西醫療資源豐富之區域，顯見在引導新設立中醫醫療機構的獎勵措施效果，仍有待加強與檢視其成效。

- 三、中醫總額實施後，研究發現在每位中醫師申報點數與每個案件平均點數的變動均不大，從整體角度來看看不出總額下有衝量問題，況且部份區域因點值下降，使該分區對於醫療機構申報之點值亦會配套之管制。
- 四、以健保局轄下六業務組歷年分配之預算比率來看，臺北業務組、北區業務組及中區業務組，在目前分配模式下，其所獲的之預算比率是較貼近申報點數，而偏離以人口為分配之比率，亦即目前的分配模式是對這三個區域之衝擊較小；東區的點值雖然較高，仍低於以人口比率分配水準。
- 五、德菲研究下之主要結論為中醫總公式可以考量的優先因素，包括戶籍人口佔率、中醫利用人口佔率、地區老年人口佔率、人口風險因子、區域執業成本、中醫診所數量及無中醫師服務鄉鎮人口數等。其中地區老年人口佔率在問卷上雖有優先率，但在隨後的專家會議認為中醫使用人口仍以青壯年為主，老年人口佔率與中醫醫療費用關聯性仍不高，應可以暫不考量。

第二節 建議

本研究提出下列幾點建議：

- 一、均衡醫療資源提昇民眾就醫可近性應是政府之責任，是否完全仰賴全民健康保險給付措施值得深思，建議除了全民健康保險制度下的相關作為，衛生署醫政部門與中醫相關部門亦可著力，如在金門、馬祖或花東直接設立中醫科別門診或提高獎勵給指定區域的新開業中醫師。
- 二、中醫總額下對於醫療資源分布雖有改善，但遠低於自然改善程度，是否要賦予中醫總額達成均衡中醫醫療分布應可重新考慮。中醫教育培育地點的分散，對於中醫醫療機構新設會有相當程度之影響，目前中醫師培育學校已分散至北、中、南三區，但東部仍是中醫醫療資源相對欠缺區域，應可考量增設。
- 三、假使中醫總額仍須肩負引導中醫醫療資源之責，基於強化效果目標下，中醫地區總額分配之區位則必須下降，由原來的6個業務組下降至醫療區域、縣市、醫療次區域或鄉鎮層級，才可能達成良好之效果。
- 四、短期在全民中醫醫療利用率仍不高的條件下，若考慮優先滿足有中醫醫療需求的全民健康保險民眾的就醫權益，是可以考慮以中醫醫療利用人口為分配基準並搭配逐年微幅調整之健康風險校正的地區人口數，以簡化目前複雜的分配公式。此建議應同時配套於中醫師人力缺乏地區應在分區預算分配前，提撥專款逐年改善中醫醫療資源不足區域之窘況。
- 五、中醫醫療資源嚴重分布失衡問題，乃屬歷史發展所造成的問題，需要時間來進行改善，政府公權力介入將是最迅速有效的解決方式。在兼顧憲法保障人民居住遷徙等基本人權條件下，保險單位是否考慮仿照當年勞保特約作法，地區特約限制方式，在中醫醫療資源過多地區延遲特約（如設立6個月後），而中醫師缺乏地區准予立即特約，更有效引導新設立中醫醫療機構地理分布，其效果可能優於總額下之點值差異所產生誘導之效果。

誌謝

本研究得以順利進行，要感謝衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會支持與提供，同時要感謝在計畫進行中的計畫審查委員，提供修正意見使本計畫能更臻完整落實，也感謝費協會楊銘欽主任委員、林宜靜執行秘書、邱臻麗小姐、黃偉益先生相關同仁，在過程中提供研究資料、行政協助與修正意見提供。同時也感謝國家衛生研究院協助提供健保資料庫，供本研究進行相關之費用及利用分析。

於研究過程中特別感謝中國醫藥大學學士後中醫學系系主任陳立德博士對於德菲研究問卷與中醫總額預算分配制度，提供相當多且寶貴意見，也感謝參與德菲研究之21位專家學者，撥空協助兩次問卷之填答，部份委員並能撥空參與專家會議提供寶貴意見，使研究得以順利進行。另外，中華民國中醫師公會全國聯合會的王逸年組長，熱心提供部分中醫總額資料與在德菲問卷擬定時提供意見。

參考文獻

中文部份

- 文羽苹 (2004)。總額支付制度對中醫醫療市場競爭之影響。行政院衛生署中醫藥委員會93年度委託計畫研究報告。
- 江東亮 (1988)。健康與公共衛生的歷史。載於陳拱北預防醫學基金會主編，*公共衛生學* (頁9-35)。台北：巨流圖書公司。
- 李卓倫 (2004)。如何配合總額預算分配落實分級醫療之研究 (行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會九十三年度委託研究計畫編號：DOH93-CA-1001)。台北：行政院衛生署全民健保醫療費協定委員會。
- 李卓倫、周麗芳、紀駿輝 (2000)。總額支付制度總額設定公式之研究。全民健康保險醫療費用協定委員會。
- 林茂文 (1992)。時間數列分析與預測(增訂版)。台北：華泰文化事業股份有限公司。
- 洪碧蘭、楊志良 (1998)。健保支付與醫界生態關係之初探。*醫院*, 31(6), 41-60。
- 洪錦墩、李卓倫、黃光華、黃昱瞳 (2008) 未來十年人口變遷對中醫醫療服務及人力政策影響的預測。行政院衛生署中醫藥委員會97年度委託計畫研究報告。
- 徐志誠 (2008)。總額支付制度對住院醫療資源耗用之影響-以三家醫學中心冠狀動脈疾病患者為例。世新大學企業管理學系碩士論文，台北市。
- 張苙雲 (1983)。台灣地區衛生人力分佈問題之初探。*中國社會學刊*, 7, 133-156。
- 張慈桂、李燕鳴、蕭正光 (1998)。全民健康保險實施後花蓮地區民眾可近性之探討。*慈濟醫學*, 10, 201-209。
- 梁亞文、洪錦墩、李卓倫 (2005)。歐洲各國總額支付制度之跨國比較。*健康*

管理學刊，3，155-172。

陳孝平（1999）。新加坡模式與美國醫療專用儲蓄帳戶對我國全民健保改革的啟示。社會政策與社會工作學刊，3(2)，5-35。

黃博彥（2000）。影響台灣地區牙醫師人力變化之因素探討。桃園：長庚大學管理學研究所士論文，未出版，台北。

黃昱瞳（2001）。全民健保實施牙醫總額預算制度對醫療資源分布的影響評估。國立臺北護理學院醫護管理系研究所碩士班碩士論文，台北市。

黃昱瞳、楊長興、薛亞聖（2002）。全民健保實施牙醫總額預算制度對醫療資源分布的影響評估。台灣衛誌，21(6)，403-410。

黃昱瞳（2008）。全民健保部分負擔制度對幼童、年長者及慢性病患健康之影響。國立陽明大學公共衛生研究所衛生福利政策與管理組博士論文，台北市。

黃偉堯（2002）。台灣牙醫師人力地理分布之分析。臺北：國立臺灣大學衛生政策與管理研究所博士論文，未出版，台北。

黃偉堯（1988）。醫師間的競爭對醫師人力地理分布的影響。臺北：國立臺灣大學公共衛生學研究所碩士論文，未出版，台北。

楊志良，蕭慶倫，盧瑞芬（1990）。從全民健康保險看我國醫療保健體。公共衛生，16，341-357。

楊桂花（2002）。牙醫師對總額支付制度滿意度之調查研究。國立中山大學人力資源管理研究所碩士在職專班碩士論文，高雄市。

楊漢淙（1992）。臺灣地區醫療服務體系之檢討與展望。公共衛生，19，12-23。

蔡文正、龔佩珍（2001）。中醫醫療利用成長與醫師數增加之關係。臺灣公共衛生雜誌，20，463-474。

盧瑞芬、謝啟瑞（2000）。醫療經濟學。台北：學富文化。

英文部分

- Abel-Smith, B. (1984). Health costs and financing. Future developments. *World Health Stat Q*, 37(4), 463-466.
- Box, G. E. P., & Tiao, G. C. (1975). Intervention analysis with applications to economic and environmental problems. *Journal of American Statistics Association*, 70(349), 70-79.
- Box, G. E. P., Jenkins, G. M., & Reinsel, G. C. (1994). Time series analysis: Forecasting and control. (3rd Ed.) Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Carr-Hill, R. A. (1994). Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Soc Sci Med*, 39(9), 1189-1201.
- Chiang T.L. (1995) Deviation from the carrying capacity for physicians and growth rate of physician supply: the Taiwan case. *Social Science & Medicine*, 40, 371-377.
- Chu, D. K. (1992). Global budgeting of hospitals in Hong Kong. *Soc Sci Med*, 35(7), 857-868.
- Culyer, A. J. (1989). Cost containment in Europe, *Health Care Financing Review*; Special Issue: 21-32.
- DHSS. (1976) *Sharing Resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party*, Department of Health and Social Security.
- Evans, R. G. (1988). *Squaring the Circles: Reconciling Fee-For-Service with Global Expenditure Control*. Vancouver: University of British Columbia.
- Getzen, T. E. (1990). Macro forecasting of national health expenditures. *Adv Health Econ Health Serv Res*, 11, 27-48.
- Getzen, T. E. (1992). Population aging and the growth of health expenditures. *J Gerontol*, 47(3), S98-104.
- Getzen, T. E. (1997). *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*. Chichester: John Wiley and Sons.

- Getzen, T. E. (2000a). Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *J Health Econ*, 19(2), 259-270.
- Getzen, T. E. (2000b). Forecasting health expenditures: short, medium, and long (long) term. *J Health Care Finance*, 26(3), 56-72.
- Getzen, T. E., & Poullier, J. P. (1991). An income-weighted international average for comparative analysis of health expenditures. *Int J Health Plann Manage*, 6(1), 3-22.
- Glaser, W. A.: *Global Budgeting and Public Grants, Paying the Hospital* Jossey - Bass Publishers, San Francisco, London 1987.
- HCHS Executive (1997). HCHS Revenue Resource Allocation to Health Authorities: Weighted Capitation Formulas. Resource Allocation and Funding Team, Finance and Performance Directorate.
- Iglehart, J. K. (1991). Germany's health care system (2). *N Engl J Med*, 324(24), 1750-1756.
- Liu, L. M., & Hudak, G. B. (1992). *Forecasting and time series analysis using the SCA statistical system*. Oak Brook, Illinois: Scientific Computing Associates.
- Newhouse J.P. Williams AP. Bennett BW. Schwartz WB (1982) Where have all the doctors gone? *JAMA*,247 (17) ,2392-2396.
- NHS Executive. (1997). HCHS Revenue Resource Allocation to Health Authorities: Weighted Capitation Formulas. Resource Allocation and Funding Team, Finance and Performance Director.
- Peabody, J. W., Yu, J. C., Wang, Y. R., & Bickel, S. R. (1995). Health system reform in the Republic of China. Formulating policy in a market-based health system. *JAMA*, 273(10), 777-781.
- Rogal, D. L., Gauthier, A. K., & Barrand, N. L. (1993). Managing the health care system under a global expenditure limit: a workshop summary. *Inquiry*, 30(3), 318-327.
- The University of York. (1994) *A Formula for Distributing NHS Revenues Based*

on Small Area Use of Hospital Beds.

University of Kent and Plymouth. (1996) Interim Needs Indicators For Community Health Services.

Veney, J. E., & Kaluzny, A. D. (2004). Evaluation and Decision Making for Health Services (3rd ed.). Washington, D.C.: Beard Books.

Wagstaff, Adam, and Eddy van Doorslaer. (2000) Measuring and testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *Journal of Human Resources* 35(4):716-733.

Warwick University. (1996) Labour Market Forces and NHS Provider Costs Final Report. Institute for Employment Research.

Weil, T. P. (1990). Living with NHI. *Health Prog*, 71(3), 44-48.

World Health Organization. (2000) The World Health Report 2000. Health System: Improving Performance. Geneva: WHO.

Zuvekas, S. H., & Weinick, R. M. (1999). Changes in access to care, 1977-1996: the role of health insurance. *Health Serv Res*, 34(1 Pt 2), 271-279.

附表

表 2-1、各國總額支付制度分配方法一覽表

	德國	加拿大	英國	荷蘭
分配方法	<p>* 第一個社會保險制度的國家</p> <p>* 門診總額預算制以論量計酬為基準，惟對每項醫療給予固定點數金額。</p> <p>* 住院方面，德國原採論日計酬，區分科別(病房)、地區、層級支付。後改採彈性總額，可容許之上漲率，各疾病基金會於年終時再利用 75% 的校正法。不過較複雜、成本較高的案例，如器官移植，則仍以論病例計酬支付。藥費方面乃採總額預算支出上限制。</p> <p>* 2006 年擬取消總額預算機制，而改以論病例(DRG)支付方。</p>	<p>* 醫院：採行支出上限制，最初是以醫院成本為基礎募集資金-資金由聯邦與省政府各分擔一半。</p> <p>* 醫師費：加拿大付費醫師的主要方式有兩種：一種是論量計酬制，主要是付給開業醫師；一種是薪資制，主要付給受僱於政府、在醫院或社區健康中心工作的醫師。</p> <p>* 藥費：目前只有薩克萬省的健保有給付部分藥費，其他省則沒有給付。</p> <p>* 論人計酬的機制廣受考慮，已在數個省實行。</p>	<p>* 門診多由 NHS 家庭醫師負責，主要採論人計酬，論量計酬為輔。家庭醫師採總額頂算；另少數由私人醫療保健服務經營的診所，採論量計酬，費用由病人自行支付，但後來則以論人計酬為主。</p> <p>* 住院部分實施總額預算，並採支出上限法。1989 年以前，藥師收入來源主要以藥品成本加上調劑費來計算。調劑費用採取總額預算，每年由藥事團體與衛生部協商而確立。</p>	<p>* 多元保險人制度</p> <p>* 中央費率機構以被保險人風險校正論人支付制度(RACP)支付費用給各保險人；保險人再以論人計酬支付給家庭醫師。</p> <p>* 醫院採個別總額預算，年度預算是固定的，住院是以支出目標為主，門診則是採支出上限。</p>
總額預算考量因素	<ol style="list-style-type: none"> 1. 物價上漲指數及經濟成長指標 2. 各疾病基金會平均投保薪資 3. 有業者平均薪資 4. 醫療服務成本(1993 年以後使用基礎薪資成長率) 	<p>各省設定方式不同，互有差異，綜合包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人口成長 2. 流行疾病及公共衛生問題 3. 給付項目的增減 4. 新醫療科技 5. 醫師之供給 	<p>以過去之醫療費用為主要之協商基礎，其他如國家經濟政治承諾新科技</p>	<p>以過去之醫療費用為主要之協商基礎，其他物價上漲率，資本投資設備，生產力增加</p>
地區分配方法	<p>* 設有各地區的疾病保險基金，基金會有義務接納所有合法的申請者。</p>	<p>* 以省為單位的區域化總額。</p> <p>* 醫院費用方面之地區分配方式，各省不同。</p> <p>* 良好的人口統計資料做輔助，正確紀錄性別、年齡、福利狀態和種族，建立周延互斥的人口群體再計算個別群體平均醫療費用比例。</p>	<p>* 基本精神為依照各地區人口需要分配。</p> <p>* 依據年齡層校正，其次依據個人居住地區特性校正，最後再以各地投入成本校正。</p>	<p>運用人口因子(年齡和性別)，建立多個周延、互斥的群體，再乘上加權值，加總即可獲得個疾病基金會之成本。</p>
地區分配因素	<ul style="list-style-type: none"> * 個人收入 * 年齡、性別 * 成員的健康狀態 * 成員和受撫養親屬的比例 * 退休金資格 * 疾病津貼 	<ul style="list-style-type: none"> * 各區人口數 * 人口年齡與性別結構 * 標準化死亡比 * 低收入類別 * 原住民身分 * 福利狀況 	<ul style="list-style-type: none"> * 年齡、性別 * 醫院和社區的健康服務(急性、生產、心理健康指標) * 藥品費用(罹病率指標、失能和收入) * 一般醫療服務不可任意支配的成分 * HIV 和 AIDS 的服務 	<ul style="list-style-type: none"> * 年齡和受雇狀態 * 各類醫療服務與都市化程度 * 用藥處方因子 * 診斷成本群組

表 2-1、各國總額支付制度分配方法一覽表(續)

	瑞典	北愛爾蘭	澳洲	紐西蘭
分配方法	醫院部分採取總額預算的方式給付，基礎照護搭配論人計酬的方式作支付。牙醫費用與專科醫師的部分則採論量計酬。	健康照護服務的總體費用由急性服務、老人照護等健康計畫所組成。並將健康服務與課會福利予以整合。	*醫療資源的資金來源主要來自聯邦政府(每五年協商一次)、州和市政府(各州自行決定)、私人部門。 *在醫院所使用的成本控制工具主要是 DRGs，有數個州則開始實驗地區性的論人計酬。	*分為 4 個區域健康管理局，這些 RHA 不負有向醫療提供者購買醫療服務的責任，統一由健康財源管理局進行購買的活動。 *整體的醫療費用(包含公共衛生、個人健康和失能支持)由中央政府設定。
總額預算考量因素	資源配置優先次序配置上，醫療照護區分為五個群組。在國會委員會提出的倫理原則與優先次序清單的原則性規範下，各自發展符合地方需求的資源配置原則。	急性服務、老人服務、心理健康、學習性失能等九項。	*人口健康 *口腔健康 *基礎和社區照護 *非住院照護 *緊急服務 *急性住院 *心理健康 *復健照護 *教學與研究	醫療資源配置順序的重點在於需求面的評估，針對病人的需求追求性進行優先順序排列，專科醫師們根據各項疾病的準則來評估每個病患是否符合給付條件。
地區分配方法	*在倫理層面提出決定資源配置優先順序的原則，包含人性尊嚴、需要與社會連帶責任以及成本-效率。 *過去地區醫療資源分配主要是依歷史醫療費用資料。 *現在的地區醫療資源分配，連結人口和社經因子，先發展了資源配置的公式，建立獨立互斥的人口次群體。	資源配置公式係由等九個健康計畫所組成，個別的健康計畫以不同的公式進行地區資源的配置。	*各醫院的預算除了依照歷史的給付資料，也需達成必要的績效要求。 *有 60 個獨立的政府基金，各自有其不同的資源分配的方式。	以人口為基礎的補助公式將整體資源分配給不同的地區。
地區分配因素	*年齡 *職業 *教育 *共同居住與婚姻狀態 *有無房產 *地區的中低收入 *外來人口的比例	*急性服務 *緊急救護 *家庭與小孩健康 *老人照護 *心理健康 *學習性失能 *生理或感官失能 *健康促進與疾病預防 *基礎健康與社區	*年齡、性別 *原住民 *無家可歸 *私人醫院 *都市化程度	*性別、年齡 *種族 *實證資料所得相關的醫療成本

資料來源：李卓倫、周麗芳、紀駿輝：總額支付制度總額設定公式之研究，全民健康保險醫療協定委員會 88 年度委託研究計畫。張睿詒、林文德：總額支付制度下地區預算分配風險校正之評估研究，全民健康保險醫療費用協定委員會 94 年度委託計畫。

表 4-1、總額預算實施對中醫師地理分布影響評估-時間數列分析

變項	估計係數	(標準誤)	p 值
常數	39.94	(0.32)	<0.01
總額預算實施後	-1.74	(0.34)	<0.01
時間趨勢	-0.11	(0.03)	<0.01
總額×時間趨勢	0.04	(0.03)	0.24
季節因子			
第一季 (參考組)			
第二季	-0.30	(0.11)	<0.01
第三季	-0.31	(0.12)	0.02
第四季	-0.12	(0.11)	0.28
AR(1)	0.56	(0.12)	<0.01
AIC	57.22		
SBC	73.42		

表 4-2、1996 年至 2009 年各季各業務組中醫總額每點支付點值

年	季	臺北浮動 點值	北區浮動 點值	中區浮動 點值	南區浮動 點值	高屏浮動 點值	東區浮動 點值	全區浮動 點值
1996	Q1	-	-	-	-	-	-	-
1996	Q2	-	-	-	-	-	-	-
1996	Q3	-	-	-	-	-	-	-
1996	Q4	-	-	-	-	-	-	-
1997	Q1	-	-	-	-	-	-	-
1997	Q2	-	-	-	-	-	-	-
1997	Q3	-	-	-	-	-	-	-
1997	Q4	-	-	-	-	-	-	-
1998	Q1	-	-	-	-	-	-	-
1998	Q2	-	-	-	-	-	-	-
1998	Q3	-	-	-	-	-	-	-
1998	Q4	-	-	-	-	-	-	-
1999	Q1	-	-	-	-	-	-	-
1999	Q2	-	-	-	-	-	-	-
1999	Q3	-	-	-	-	-	-	-
1999	Q4	-	-	-	-	-	-	-
2000	Q1	-	-	-	-	-	-	-
2000	Q2	-	-	-	-	-	-	-
2000	Q3	1.1046	1.2045	1.0344	1.3841	1.2938	1.6837	1.1627
2000	Q4	1.0276	1.1227	1.0990	1.3179	1.1415	1.6352	1.1210
2001	Q1	1.1761	1.2656	1.2379	1.6832	1.3378	1.6713	1.2983
2001	Q2	1.0636	1.0737	1.1431	1.3963	1.1688	1.3281	1.1466
2001	Q3	1.0901	1.1752	1.1571	1.3921	1.3034	1.7884	1.1966
2001	Q4	0.9526	0.9984	1.0336	1.1571	1.1361	1.5532	1.0439
2002	Q1	1.0572	1.1367	1.0345	1.3107	1.2223	1.5084	1.1239
2002	Q2	0.9062	0.9435	0.9189	1.0326	1.0100	1.1691	0.9490
2002	Q3	0.9423	1.0420	0.9373	1.0717	1.0697	1.4658	0.9949
2002	Q4	0.9153	0.9980	0.9507	1.0967	1.0578	1.4684	0.9877
2003	Q1	0.9745	0.9837	0.9185	1.0700	1.0489	1.3521	0.9885
2003	Q2	0.9827	0.9067	0.8947	0.9897	0.9637	1.2302	0.9588
2003	Q3	0.8416	0.9384	0.8364	0.9470	0.9687	1.3502	0.9011
2003	Q4	0.9020	0.9622	0.8532	0.9870	0.9225	1.3563	0.9120
2004	Q1	1.0217	1.1284	0.8857	1.1597	1.0002	1.5204	1.0021
2004	Q2	0.8168	0.8814	0.7457	0.9241	0.8148	1.1746	0.8522
2004	Q3	0.8063	0.9055	0.7175	0.8765	0.8227	1.2882	0.8129
2004	Q4	0.8387	0.8841	0.7540	0.9003	0.8461	1.1602	0.8339
2005	Q1	0.9624	1.0369	0.8758	1.0417	0.9624	1.3450	0.9466
2005	Q2	0.8356	0.8511	0.8247	0.9125	0.8909	1.0716	0.8757
2005	Q3	0.9033	0.9674	0.9024	0.9737	0.9629	1.2568	0.9232
2005	Q4	0.9964	1.0220	0.9777	1.0590	1.0104	1.3252	0.9991

表 4-2、1996 年至 2009 年各季各業務組中醫總額每點支付點值(續)

年	季	臺北浮動 點值	北區浮動 點值	中區浮動 點值	南區浮動 點值	高屏浮動 點值	東區浮動 點值	全區浮動 點值
2006	Q1	1.0566	1.0179	1.1060	1.0367	1.0342	1.2896	1.0634
2006	Q2	1.0199	0.9895	1.0139	0.9434	0.9383	1.2305	0.9951
2006	Q3	0.9431	0.9414	0.9065	0.8906	0.9330	1.2319	0.9303
2006	Q4	1.0033	1.0279	0.9682	0.9721	1.0194	1.3404	1.0007
2007	Q1	1.0160	1.0405	0.9704	1.0329	1.0125	1.2810	1.0131
2007	Q2	0.9608	0.9539	0.9243	0.9587	0.9543	1.2520	0.9539
2007	Q3	0.9285	0.9395	0.9084	0.9190	0.9303	1.2556	0.9290
2007	Q4	0.9440	0.9451	0.9418	0.9470	0.9366	1.2669	0.9484
2008	Q1	1.0002	0.9765	0.968	0.9970	0.9751	1.3429	0.9941
2008	Q2	0.9016	0.9038	0.9121	0.9240	0.9075	1.2367	0.9144
2008	Q3	0.8817	0.8728	0.9300	0.8605	0.8757	1.3251	0.8896
2008	Q4	0.9156	0.9107	0.9232	0.9351	0.9208	1.2480	0.9263
2009	Q1	0.8764	0.8643	0.8501	0.8457	0.8606	1.1092	0.8653
2009	Q2	0.8673	0.8661	0.8515	0.8561	0.8548	1.1985	0.8651
2009	Q3	0.8509	0.8444	0.8300	0.8365	0.8406	1.2335	0.8473
2009	Q4	0.9184	0.9103	0.9139	0.9211	0.9189	1.3835	0.9241

資料來源：中央健康保險局(2011)。

表 4-3、1996 年至 2009 年中醫師地理分布 GINI 係數趨勢

年份	季 ^{註1}	台灣全區 ^{註2}	中央健康保險局各分區業務組					
			臺北 業務組	北區 業務組	中區 業務組	南區 業務組	高屏 業務組	東區 業務組
1996	Q1	0.4146	0.3264	0.4021	0.3974	0.4064	0.4357	0.5656
1996	Q2	0.4179	0.3252	0.4002	0.4083	0.4126	0.4313	0.5994
1996	Q3	0.4114	0.3219	0.3956	0.4039	0.4107	0.4200	0.6115
1996	Q4	0.4174	0.3224	0.3990	0.4099	0.4299	0.4252	0.6415
1997	Q1	0.4188	0.3324	0.4013	0.4060	0.4319	0.4236	0.6455
1997	Q2	0.4011	0.3220	0.3649	0.4511	0.4167	0.4180	0.5739
1997	Q3	0.4063	0.3180	0.3774	0.4020	0.4171	0.4146	0.5765
1997	Q4	0.4074	0.2951	0.3952	0.4105	0.4222	0.4095	0.5684
1998	Q1	0.4146	0.3317	0.3936	0.4143	0.4312	0.4019	0.5486
1998	Q2	0.4099	0.2959	0.3896	0.4098	0.4254	0.3969	0.5614
1998	Q3	0.4105	0.2939	0.3861	0.4096	0.4280	0.4079	0.5852
1998	Q4	0.4059	0.2831	0.3782	0.4050	0.4364	0.3913	0.5804
1999	Q1	0.4048	0.2947	0.3860	0.3932	0.4307	0.3947	0.6076
1999	Q2	0.3991	0.2826	0.3922	0.3812	0.4280	0.3747	0.5916
1999	Q3	0.4069	0.2825	0.4000	0.3886	0.4384	0.3741	0.6232
1999	Q4	0.4032	0.2812	0.3971	0.3772	0.4312	0.3856	0.6174
2000	Q1	0.3998	0.2693	0.3983	0.3739	0.4305	0.3772	0.6281
2000	Q2	0.3947	0.2581	0.3824	0.3743	0.4273	0.3882	0.6059
2000	Q3	0.3806	0.2404	0.3839	0.3653	0.4058	0.3723	0.6136
2000	Q4	0.3807	0.2415	0.3833	0.3656	0.4003	0.3726	0.6116
2001	Q1	0.3812	0.2428	0.3860	0.3592	0.4040	0.3811	0.5820
2001	Q2	0.3766	0.2388	0.3819	0.3509	0.3984	0.3829	0.5967
2001	Q3	0.3733	0.2441	0.3767	0.3378	0.4045	0.3834	0.5661
2001	Q4	0.3809	0.2531	0.3836	0.3516	0.4061	0.3737	0.5558
2002	Q1	0.3802	0.2520	0.3857	0.3483	0.4145	0.3747	0.5558
2002	Q2	0.3765	0.2532	0.3930	0.3428	0.4064	0.3713	0.5456
2002	Q3	0.3737	0.2493	0.3936	0.3457	0.4118	0.3596	0.5408
2002	Q4	0.3721	0.2434	0.3916	0.3458	0.4156	0.3567	0.5371
2003	Q1	0.3742	0.2464	0.3866	0.3401	0.4171	0.3555	0.5491
2003	Q2	0.3682	0.2417	0.3759	0.3363	0.4086	0.3393	0.5421
2003	Q3	0.3630	0.2432	0.3663	0.3360	0.4107	0.3308	0.5403
2003	Q4	0.3674	0.2532	0.3519	0.3368	0.4076	0.3410	0.5484

表 4-3、1996 年至 2009 年中醫師地理分布 GINI 係數趨勢(續)

年份	季 ^{註1}	台灣全區 ^{註2}	中央健康保險局各分區業務組					
			臺北 業務組	北區 業務組	中區 業務組	南區 業務組	高屏 業務組	東區 業務組
2004	Q1	0.3621	0.2482	0.3531	0.3329	0.4099	0.3249	0.5474
2004	Q2	0.3616	0.2440	0.3480	0.3338	0.4067	0.3247	0.5541
2004	Q3	0.3604	0.2426	0.3446	0.3281	0.4136	0.3244	0.5484
2004	Q4	0.3606	0.2398	0.3392	0.3344	0.4094	0.3270	0.5460
2005	Q1	0.3635	0.2528	0.3321	0.3322	0.4073	0.3360	0.5303
2005	Q2	0.3583	0.2484	0.3231	0.3261	0.4109	0.3252	0.5400
2005	Q3	0.3574	0.2467	0.3239	0.3315	0.4022	0.3243	0.5276
2005	Q4	0.3639	0.2569	0.3290	0.3331	0.4058	0.3362	0.5319
2006	Q1	0.3663	0.2529	0.3373	0.3349	0.4111	0.3373	0.5218
2006	Q2	0.3671	0.2583	0.3444	0.3309	0.4150	0.3327	0.5296
2006	Q3	0.3656	0.2523	0.3348	0.3384	0.4190	0.3330	0.5376
2006	Q4	0.3688	0.2450	0.3370	0.3396	0.4260	0.3342	0.5411
2007	Q1	0.3657	0.2397	0.3308	0.3406	0.4154	0.3280	0.5403
2007	Q2	0.3638	0.2384	0.3305	0.3344	0.4202	0.3304	0.5356
2007	Q3	0.3619	0.2455	0.3081	0.3312	0.4268	0.3310	0.5293
2007	Q4	0.3611	0.2482	0.3141	0.3316	0.4256	0.3250	0.5336
2008	Q1	0.3649	0.2517	0.3303	0.3318	0.4267	0.3287	0.5384
2008	Q2	0.3632	0.2500	0.3138	0.3282	0.4339	0.3294	0.5329
2008	Q3	0.3583	0.2507	0.3106	0.3231	0.4258	0.3344	0.5441
2008	Q4	0.3543	0.2499	0.3038	0.3109	0.4202	0.3299	0.5356
2009	Q1	0.3541	0.2494	0.3117	0.3122	0.4222	0.3218	0.5258
2009	Q2	0.3532	0.2536	0.3004	0.3157	0.4145	0.3218	0.5327
2009	Q3	0.3520	0.2560	0.3026	0.3108	0.4134	0.3281	0.5326
2009	Q4	0.3534	0.2537	0.3059	0.3097	0.4104	0.3403	0.5381
1996 Q1-2009 Q4	改變率 ^{註3}	-14.76%	-22.27%	-23.92%	-22.07%	0.98%	-21.90%	-4.86%
2000 Q3-2006 Q4	改變率 ^{註3}	-3.10%	1.91%	-12.22%	-7.04%	4.98%	-10.23%	-11.82%
2007 Q1-2009 Q4	改變率 ^{註3}	-3.36%	5.84%	-7.53%	-9.07%	-1.20%	3.75%	-0.41%

資料來源：本研究整理(2011)。

註1：Q1 為 1 月至 3 月；Q2 為 4 月至 6 月；Q3 為 7 月至 9 月；Q4 為 10 月至 12 月。其中數值為當季 GINI 係數，GINI 係數值愈小，代表該區域鄉鎮人口數與中醫師之分配愈平均。

註2：台灣全區之中醫師地理分布 GINI 係數之計算是以台灣地區所有鄉鎮為分析區位。而各業務組中醫師 GINI 係數係指轄下區域之鄉鎮層級之 GINI 係數。

註3：改變率之計算是以終止年之 GINI 係數值減去起始年之 GINI 係數值，再除以起始年之值的百分率，變動率為負值時，代表該區域之中醫師地理分布變動趨於平均。

表 4- 4、2007 至 2009 年各業務組新設立中醫師人力之流向分析

業務組別	項目	2007 年	2008 年	2009 年
台北	新執業中醫師數	154	155	177
	(每萬人口中醫師數)	(1.7477)	(1.8822)	(1.9382)
北區	新執業中醫師數	32	57	46
	(每萬人口中醫師數)	(1.5015)	(1.5871)	(1.6258)
中區	新執業中醫師數	80	106	50
	(每萬人口中醫師數)	(2.8576)	(3.0254)	(3.1056)
南區	新執業中醫師數	35	51	25
	(每萬人口中醫師數)	(1.7455)	(1.8601)	(1.8832)
高屏	新執業中醫師數	44	63	51
	(每萬人口中醫師數)	(1.6280)	(1.7960)	(1.7975)
東區	新執業中醫師數	3	8	1
	(每萬人口中醫師數)	(1.2133)	(1.2734)	(1.2730)

資料來源：本研究整理(2011)。

表 4-5、2007 至 2009 年各縣市新設立中醫師人力之流向分析

	2007 年	2008 年	2009 年	2007 至 2009 年合計
台北市	85	63	94	242
高雄市	28	37	34	99
基隆市	3	1	0	4
新竹市	3	5	7	15
台中市	37	53	17	107
台南市	14	25	12	51
嘉義市	3	3	3	9
臺北縣	61	86	74	221
桃園縣	21	28	29	78
新竹縣	3	2	0	5
宜蘭縣	5	5	9	19
苗栗縣	5	22	10	37
臺中縣	29	30	19	78
彰化縣	9	19	11	39
南投縣	5	4	3	12
雲林縣	12	7	2	21
嘉義縣	2	5	0	7
台南縣	4	11	8	23
高雄縣	9	17	11	37
屏東縣	7	9	6	22
澎湖縣	0	0	0	0
花蓮縣	2	2	0	4
台東縣	1	6	1	8
金門縣	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0
合計	348	440	350	1138

資料來源：本研究整理(2011)。

表 4-6、2007 至 2009 年各鄉鎮區新設立中醫師數

2007 年			2008 年			2009 年		
縣市	區域別	中醫師數	縣市	區域別	中醫師數	縣市	區域別	中醫師數
台北市	松山區	20	台中市	南屯區	19	台北市	大安區	21
台北縣	中和市	15	台北縣	新莊市	16	台北市	士林區	16
台北市	中山區	13	台北市	大安區	15	臺北縣	中和市	16
台北市	北投區	13	台北縣	中和市	12	台北市	中山區	13
高雄市	苓雅區	10	台中市	北屯區	11	高雄市	前金區	11
台北市	大安區	9	台北縣	板橋市	11	台北市	中正區	10
高雄市	三民區	9	台北市	松山區	9	臺北縣	板橋市	9
台北縣	板橋市	9	高雄市	三民區	9	臺北縣	新莊市	9
台中市	東區	8	台北縣	三重市	9	臺北縣	土城市	9
台北縣	三重市	8	高雄縣	鳳山市	9	高雄市	楠梓區	8
台北市	信義區	7	高雄市	左營區	8	台北市	北投區	7
台中市	南屯區	7	台中市	西區	8	台中市	南屯區	7
台北市	內湖區	6	台北縣	鶯歌鎮	8	臺北縣	鶯歌鎮	7
台南市	東區	6	桃園縣	桃園市	8	桃園縣	桃園市	7
台北縣	永和市	6	桃園縣	中壢市	8	宜蘭縣	羅東鎮	7
桃園縣	桃園市	6	台北市	士林區	7	台北市	松山區	6
桃園縣	中壢市	6	台南市	南區	7	台北市	內湖區	6
台中縣	大里市	6	台南市	北區	7	臺北縣	永和市	6
雲林縣	斗六市	6	台北縣	永和市	7	桃園縣	中壢市	6
高雄縣	鳳山市	6	台北市	大同區	6	桃園縣	八德市	6
屏東縣	屏東市	6	台北市	中山區	6	高雄縣	岡山鎮	6
台北市	南港區	5	台北市	信義區	6	高雄市	左營區	5
台中市	北區	5	台北市	中正區	6	新竹市	東區	5
台中市	西屯區	5	台中市	西屯區	6	臺北縣	新店市	5
台北縣	蘆洲市	5	台中縣	太平市	6	苗栗縣	竹南鎮	5
台中縣	豐原市	5	彰化縣	彰化市	6	台北市	萬華區	4
台北市	士林區	4	彰化縣	員林鎮	6	台北市	文山區	4
台北市	文山區	4	台南縣	永康市	6	臺北縣	三重市	4
台中市	西區	4	台東縣	台東市	6	臺北縣	泰山鄉	4
台中市	南區	4	高雄市	楠梓區	5	桃園縣	平鎮市	4

資料來源：本研究整理(2011)。

表 4-7、2007 至 2009 年各鄉鎮區新設立中醫師數前十名之區域特性

年度	縣市	區域別	人口數	人口密度	每萬人口 醫師數	每萬人口 中醫師數	都會區
2007	台北市	松山區	210,986	22716.47	21.6128	3.0808	臺北基隆大都會區
	台北縣	中和市	410,183	20362.54	5.8023	1.7066	臺北基隆大都會區
	台北市	中山區	218,483	15968.53	30.0710	2.7920	臺北基隆大都會區
	台北市	北投區	249,976	4399.31	57.6055	1.8802	臺北基隆大都會區
	高雄市	苓雅區	188,020	23063.71	30.8478	2.7125	高雄大都會區
	台北市	大安區	314,924	27718.77	33.7542	1.8735	臺北基隆大都會區
	高雄市	三民區	357,096	18047.37	23.8031	2.9404	高雄大都會區
	台北縣	板橋市	547,625	23668.49	12.2894	2.1182	臺北基隆大都會區
	台中市	東區	73,748	7942.28	12.7461	4.7459	臺中彰化大都會區
	台北縣	三重市	383,621	23510.51	8.7586	2.2418	臺北基隆大都會區
2008	台中市	南屯區	148,206	4741.41	15.1816	5.1955	臺中彰化大都會區
	台北縣	新莊市	398,317	20179.90	10.9963	2.2846	臺北基隆大都會區
	台北市	大安區	313,848	27624.06	34.9214	2.3578	臺北基隆大都會區
	台北縣	中和市	412,060	20455.72	7.9115	2.2327	臺北基隆大都會區
	台中市	北屯區	241,990	3859.28	8.1408	4.2564	臺中彰化大都會區
	台北縣	板橋市	550,767	23804.29	13.5629	2.1425	臺北基隆大都會區
	台北市	松山區	210,097	22620.75	22.1326	3.5698	臺北基隆大都會區
	高雄市	三民區	355,927	17988.29	24.1061	2.7534	高雄大都會區
	台北縣	三重市	384,722	23577.99	8.9935	2.4173	臺北基隆大都會區
	高雄縣	鳳山市	339,240	12677.60	7.5758	2.5351	高雄大都會區
2009	台北市	大安區	311,612	27427.25	35.9421	2.7598	臺北基隆大都會區
	台北市	士林區	283,855	4551.28	23.4979	2.1138	臺北基隆大都會區
	臺北縣	中和市	414,535	20578.58	9.1669	2.4606	臺北基隆大都會區
	台北市	中山區	218,245	15951.13	32.6697	3.1616	臺北基隆大都會區
	高雄市	前金區	29,208	15726.05	30.1287	5.1356	高雄大都會區
	台北市	中正區	158,752	20868.93	92.5343	4.0314	臺北基隆大都會區
	臺北縣	板橋市	552,884	23895.79	14.4696	2.2247	臺北基隆大都會區
	臺北縣	新莊市	400,848	20308.13	11.6503	2.1704	臺北基隆大都會區
	臺北縣	土城市	238,897	8082.37	5.5673	1.9255	臺北基隆大都會區
	高雄市	楠梓區	171,906	6655.90	8.0276	1.6870	高雄大都會區

資料來源：西醫師數由中華民國醫師公會全國聯合會醫療統計資料、中醫師數為本研究整理。

表 4-8、德菲法問卷第二回-對中醫總額分配基準態度評估

評量項目/專家背景	無臨床 執業經驗		有臨床 執業經驗		合計	
	平均 值	標 準 差	平均 值	標 準 差	平均 值	標 準 差
1.中醫地區總額應以六個健保業務組(原為分局)為分配單位	3.73	0.65	3.40	0.97	3.59	0.80
2.中醫地區總額應以縣市為分配單位	2.64	1.03	3.20	1.40	2.86	1.21
3.中醫地區總額應以鄉鎮為分配單位	1.73	0.65	2.40	1.26	2.05	1.00
4.總額分配應考慮過去申報點數	3.27	1.19	4.10	0.74	3.64	1.05
5.總額分配應考慮人口數	4.09	0.70	3.90	1.20	4.00	0.93
6.總額分配應考慮中醫利用人口占率	3.45	0.82	3.80	0.92	3.64	0.85
7.中醫總額分配應以論服務量計酬為基礎	2.91	0.94	3.20	0.92	3.09	0.92
8.您對中醫總額區分東西兩區之分配模式的看法	2.55	0.93	3.50	1.08	2.95	1.09
9.您對 100 年度中醫總額預算分配公式設計滿意	2.91	0.83	2.80	1.03	2.82	0.91
10.總額點值對中醫師人力地理分布會產生一定影響	3.27	1.10	3.20	1.32	3.27	1.16
11.民眾中醫醫療利用率會受到中醫醫療機構分布之影響	4.00	0.63	3.80	1.32	3.91	0.97
12.中醫醫療機構分布會受到民眾中醫醫療利用率之影響	3.73	1.01	4.20	0.92	3.95	0.95
13.中醫資源不足區域設定中醫師開(執)業收入保障	3.64	1.03	4.10	0.57	3.86	0.83
14.總額另撥專款獎勵中醫資源缺乏區域新設中醫機構	3.00	1.18	4.10	0.57	3.55	1.06
15.對新設立中醫診所開業地點受到保險特約限制	3.36	0.92	3.80	0.92	3.59	0.91

表 4-9、德菲法問卷第二回-總額分配公式應納入考量因素

總額分配公式應納入考量因素 (請依照 1-10 分的重要程度給予勾選)	無臨床 執業經驗		有臨床 執業經驗		合計	
	平均 值	標 準 差	平均 值	標 準 差	平均 值	標 準 差
1.戶籍人口占率	6.50	2.11	6.00	3.09	6.22	2.50
2.地區老年人口占率	6.75	2.26	7.10	2.47	6.87	2.26
3.標準化死亡比	5.25	2.01	5.70	2.45	5.43	2.13
4.人口風險因子(包括年齡性別指數及標準化死亡比)	6.58	2.23	6.20	2.30	6.39	2.17
5.區域執業的成本(人力成本、物價等)	6.17	1.90	5.80	3.29	5.96	2.51
6.西醫診所的數量	3.92	1.78	4.00	2.21	4.04	1.94
7.中醫診所的數量	5.17	2.55	7.50	1.43	6.26	2.34
8.無中醫師服務鄉鎮人口數	5.50	2.61	6.90	2.51	6.13	2.55
9.「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權 校正後之占率分配	4.92	1.93	6.10	2.33	5.43	2.11
10.前一年申報點數	4.17	2.21	6.40	2.59	5.13	2.55
11.中醫利用人口占率	5.92	1.98	8.40	1.17	7.04	2.01
12.各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	4.58	2.15	6.30	1.42	5.35	1.97
13.各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用 點數成長率(r)差指標加權校正後之占率	4.83	1.90	6.60	1.17	5.70	1.79

表 4-10、德菲法問卷第二回-總額分配公式占率考量

評量項目	無臨床 執業經驗		有臨床 執業經驗		合計	
	平均 值	標 準 差	平均 值	標 準 差	平均 值	標 準 差
1.戶籍人口占率	40.00	21.11	32.50	33.77	36.52	26.52
2.地區老年人口占率	42.92	20.05	49.00	36.95	45.00	27.92
3.標準化死亡比	23.75	17.98	27.50	25.63	25.22	20.86
4.西醫診所的數量	13.33	13.87	14.44	15.30	14.09	13.86
5.中醫診所的數量	23.75	15.09	39.50	30.04	31.30	23.41
6.無中醫師服務鄉鎮人口數	33.33	20.15	41.50	32.83	37.17	25.71
7.分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數加權後占率	32.08	12.87	38.50	33.25	35.22	23.38
8.中醫利用人口占率	37.08	15.59	58.50	30.65	46.74	24.89
9.前一年申報點數	31.25	20.90	46.50	29.73	37.61	25.40
10.各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	28.75	12.08	37.00	27.20	31.96	19.99
11.各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用 點數成長率(r)差指標加權校正後之占率	35.00	14.46	35.50	26.19	35.43	19.65

表 4-11、中醫總額各業務組歷年分配金額

(單位：億元)

年度	月份	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組	全局
89	7~12	23.8	7.6	19.1	11.1	11.4	1.7	74.7
		31.83%	10.16%	25.61%	14.85%	15.32%	2.23%	100.00%
90	1~12	49.5	15.7	39.7	23.1	23.5	3.4	154.9
		31.94%	10.11%	25.64%	14.94%	15.20%	2.17%	100.00%
91	1~12	51.4	16.7	39.6	23.7	24.2	3.5	159.2
		32.31%	10.52%	24.87%	14.87%	15.22%	2.20%	100.00%
92	1~12	53.0	17.4	39.8	24.1	24.7	3.6	162.6
		32.61%	10.71%	24.47%	14.81%	15.20%	2.20%	100.00%
93	1~12	55.1	18.5	39.2	24.2	24.9	3.6	165.5
		33.26%	11.21%	23.67%	14.60%	15.07%	2.19%	100.00%
94	1~12	56.5	19.3	40.6	25.2	26.0	3.8	171.3
		33.00%	11.25%	23.68%	14.70%	15.16%	2.21%	100.00%
95	1~12	50.3	20.3	47.4	25.1	28.4	3.9	175.4
		28.68%	11.59%	27.02%	14.31%	16.18%	2.22%	100.00%
96	1~12	51.6	21.2	48.1	26.5	29.2	4.0	180.7
		28.58%	11.72%	26.62%	14.68%	16.18%	2.22%	100.00%
97	1~12	53.1	21.7	49.7	26.9	30.2	4.1	185.7
		28.59%	11.70%	26.75%	14.49%	16.25%	2.22%	100.00%
98	1~12	55.6	23.0	50.0	26.8	31.3	4.2	190.9
		29.11%	12.03%	26.20%	14.06%	16.37%	2.22%	100.00%
99	1~12	56.1	23.4	50.7	28.1	31.5	4.3	194.1
		28.92%	12.04%	26.11%	14.46%	16.26%	2.22%	100.00%
100	1~3	13.1	5.5	12.0	6.8	7.6	1.0	46.0
		28.44%	11.88%	26.18%	14.80%	16.48%	2.22%	100.00%

資料來源：全民健康保險醫療費用協定委員會 (2011)。

註：1.89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配基礎，校正人口風險因子與實際醫療費用比率，尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用。

2.95~100 年各業務組分配金額係依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎。

表 5-1、臺灣各部門總額公式地區總額分配因素之比較

	中醫總額	牙醫總額	西醫基層總額	醫院總額
地區總額分配因素	1.人口風險因子 2.各地區實際醫療費用比率 3.各分區各季依校正指標校正後申請醫療費用點數之占率 4.各分區各季校正指標校正後申請醫療費用占率 5.各分區各季經加權指標計算後之申請醫療費用點數之占率 6.五分區實際收入預算占率 7.各區去年同期戶籍人口數占率 8.各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率 9.各區去年同期人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差指標加權校正後之占率 10.各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數	1.各區保險對象實際發生醫療費用比率 2.校正「人口風險」的保險對象人數	1.各地區保險對象實際醫療費用 2.各地區經「人口風險因子及轉診型態」校正後的保險對象人數	1.實際發生醫療費用比率 2.各區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數
校正指標說明	※95、98 年校正指標：重複就診率、用藥日數重複率 ※96、97 年校正指標：重複就診率、用藥日數重複率、隔日申報診察費率 ※95 年加權指標：所有就醫者平均就醫次數之加總平均、醫療費用點數成長率、藥費申請點數占率成長率、診察費次數大於 6 次以上占率、交替比率、申報診察費率、慢性病案件平均給藥日份、就醫人數成長率 ※96 年加權指標：同一院所每月就醫者平均就醫次數之加總平均、診察費次數大於 6 次以上占率、交替比率、針傷科合計治療次數大於 15 次以上占率 ※97 年加權指標：同一院所每月就醫者平均就醫次數之加總平均、診察費次數大於 6 次以上占率、療程 14 日內未完成重新申請診察費率、針傷處置次數大於 15 次以上占率 ※98 年加權指標：同一院所每月就醫者平均就醫次數之加總平均、診察費次數大於 6 次以上占率、療程 14 日內未完成重新申請診察費率、針傷處置次數大於 15 次以上占率、隔日申請診察費率、就醫人數成長率與醫療費用成長率差		※人口風險因子：包含年齡、性別指數與標準化死亡比 ※校正轉診型態：即校正基層門診市場占有率	※人口風險因子：包含年齡、性別指數與標準化死亡比 ※校正轉診型態：即校正醫院門診市場占有率
公式說明	※人口風險因子=X%*人口結構校正比例+(100-X)%*標準化死亡比校正比例 ※人口結構校正比例=人口佔率*人口指數 ※人口佔率=分局投保人口數/全局人口數 ※分局人口指數=[Σ (全國各性別年齡層平均每人醫院醫療費用×分局各性別年齡層投保人口數)/分局總投保人口數]/全國每人平均醫院醫療費用 ※分局標準死亡比=分局死亡人數/ Σ (全國各性別年齡層死亡率×分局各年齡層投保人口數)]			

資料來源：行政院衛生署、行政院衛生署中央健康保險局(2011)。

表 5-2、歷年各項總額醫療費用支出金額與比率

金額單位：百萬元

年度	醫院 (%)	西醫基層 (%)	牙醫門診 (%)	中醫門診 (%)	其他 (%)	總金額 (100%)
2004	254,909 (65.06)	83,455 (21.30)	30,153 (7.70)	16,814 (4.29)	6,498 (1.66)	391,829 (100%)
2005	265,091 (64.97)	86,677 (21.24)	31,259 (7.66)	17,334 (4.25)	7,639 (1.87)	408,000 (100%)
2006	276,252 (65.20)	89,566 (21.14)	32,144 (7.59)	17,790 (4.20)	7,938 (1.87)	423,691 (100%)
2007	289,366 (65.52)	92,707 (20.99)	32,902 (7.45)	18,231 (4.13)	8,410 (1.90)	441,615 (100%)
2008	304,183 (66.11)	96,651 (21.01)	33,851 (7.36)	18,731 (4.07)	6,686 (1.45)	460,102 (100%)
2009	319,117 (66.75)	100,366 (20.99)	34,878 (7.30)	19,284 (4.03)	4,429 (0.93)	478,074 (100%)
2010	329,506 (66.71)	103,118 (20.88)	35,755 (7.24)	19,681 (3.98)	5,870 (1.19)	493,932 (100%)
2011	339,961 (66.92)	105,051 (20.68)	36,392 (7.16)	20,183 (3.97)	6,447 (1.27)	508,034 (100%)

資料來源：行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會

表 5-3、歷年中醫使用率分析

年代	人口數	中醫使用人口	中醫使用率
2000	22,276,672	6,025,276	27.05%
2001	22,405,568	6,089,987	27.18%
2002	22,520,776	6,184,409	27.46%
2003	22,604,550	6,335,460	28.03%
2004	22,689,122	6,633,956	29.24%
2005	22,770,383	6,510,010	28.59%
2006	22,876,527	6,335,168	27.69%
2007	22,958,360	6,519,414	28.40%
2008	23,037,031	6,622,320	28.75%
2009	23,119,772	6,903,387	29.86%
2010	23,162,123	6,704,367	28.95%

資料來源：行政院衛生署統計室

表 5-4、2009 年中醫地區總額分配（東西兩區）

(單位：億元)	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
	業務組	業務組	業務組	業務組	業務組	業務組	
人口占率	32.16%	14.98%	19.37%	14.79%	16.22%	2.48%	100%
中醫使用人口占率	33.96%	13.19%	22.18%	13.83%	14.93%	1.93%	100%
中醫總申報點數占率	29.08%	12.11%	26.50%	13.96%	16.48%	1.87%	100%
中醫總申報案件數占率	27.95%	12.15%	27.18%	14.55%	16.38%	1.79%	100%
原公式分配金額	55.60	23.00	50.00	26.80	31.30	4.20	190.90
人口占率分配金額	61.39	28.59	36.98	28.24	30.96	4.74	190.9
(差額)	(5.79)	(5.59)	(-13.02)	(1.44)	(-0.34)	(0.54)	
中醫使用者占率	64.82	25.17	42.34	26.40	28.49	3.68	190.9
分配金額	(9.22)	(2.17)	(-7.66)	(-0.40)	(-2.81)	(-0.52)	
(差額)							
中醫總申報點數占率	55.52	23.12	50.59	26.64	31.45	3.58	190.9
分配金額	(-0.08)	(0.12)	(0.59)	(-0.16)	(0.15)	(-0.62)	
(差額)							
中醫總申報案件數占率	53.36	23.20	51.89	27.77	31.26	3.41	190.9
分配金額	(-2.24)	(0.20)	(1.89)	(0.97)	(-0.04)	(-0.79)	
(差額)							

註：差額＝不同佔率分配模式-原公式分配金額

資料來源：內政部社會司、行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會以及本研究健保資料庫分析整理

表 5-5、2005 年中醫地區總額分配（六區）

(單位：億元)	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
	業務組	業務組	業務組	業務組	業務組	業務組	
人口占率	32.00%	14.53%	19.41%	15.04%	16.44%	2.57%	100%
中醫使用人口占率	33.47%	12.64%	22.82%	13.99%	14.97%	2.11%	100%
中醫總申報點數占率	28.73%	11.62%	27.13%	14.21%	16.32%	1.99%	100%
中醫總申報案件數占率	27.09%	11.62%	27.65%	15.15%	16.58%	1.90%	100%
原公式分配金額	56.50	19.30	40.60	25.20	26.00	3.80	171.30
人口占率分配金額	54.82	24.89	33.25	25.77	28.17	4.41	171.30
(差額)	(-1.68)	(5.59)	(-7.35)	(0.57)	(2.17)	(0.61)	
中醫使用者占率	57.34	21.65	39.08	23.97	25.64	3.62	171.3
分配金額	(0.84)	(2.35)	(-1.52)	(-1.23)	(-0.36)	(-0.18)	
(差額)							
中醫總申報點數占率	49.22	19.90	46.47	24.35	27.95	3.41	171.3
分配金額	(-7.28)	(0.60)	(5.87)	(-0.85)	(1.95)	(-0.39)	
(差額)							
中醫總申報案件數占率	46.41	19.91	47.37	25.95	28.40	3.25	171.3
分配金額	(-10.09)	(0.61)	(6.77)	(0.75)	(2.40)	(-0.55)	
(差額)							

註：差額＝不同佔率分配模式-原公式分配金額

資料來源：內政部社會司、行政院衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會以及本研究健保資料庫分析整理

附圖



圖 4-1、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：台灣地區 1996-2009

(資料來源:本研究整理)

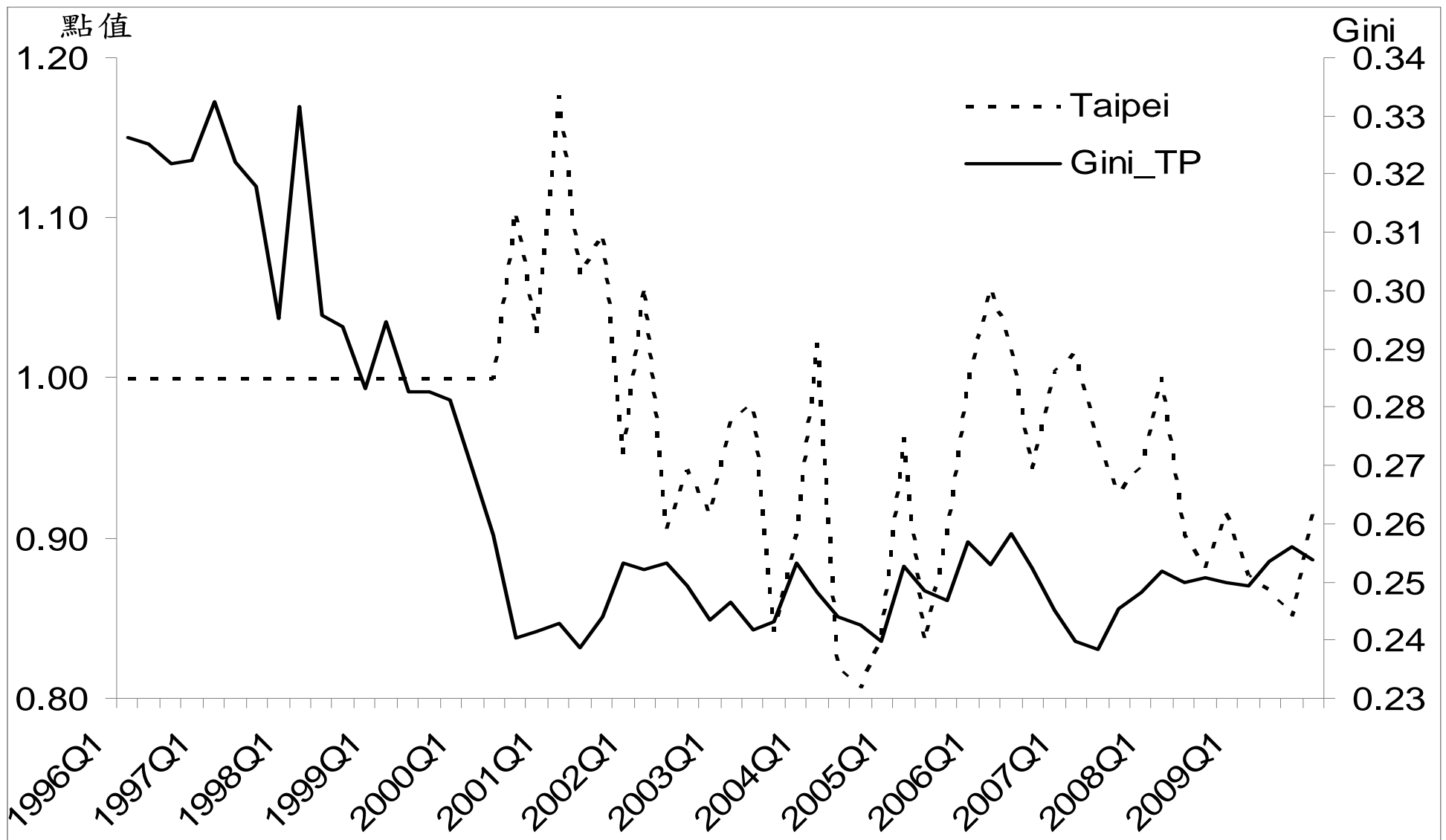


圖 4-2、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：台北業務組 1996-2009
 (資料來源:本研究整理)

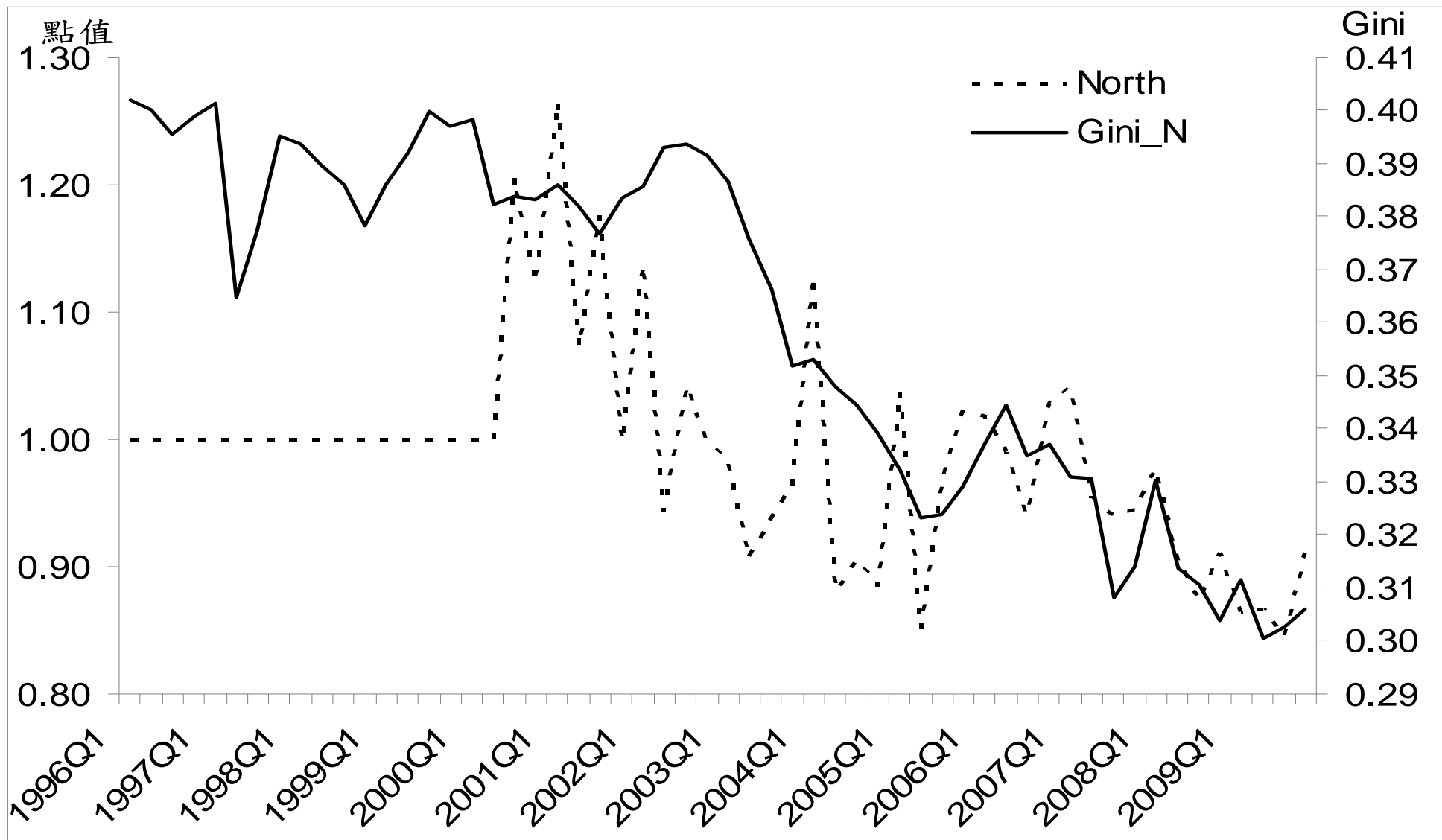


圖 4-3、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：北區業務組 1996-2009
 (資料來源:本研究整理)

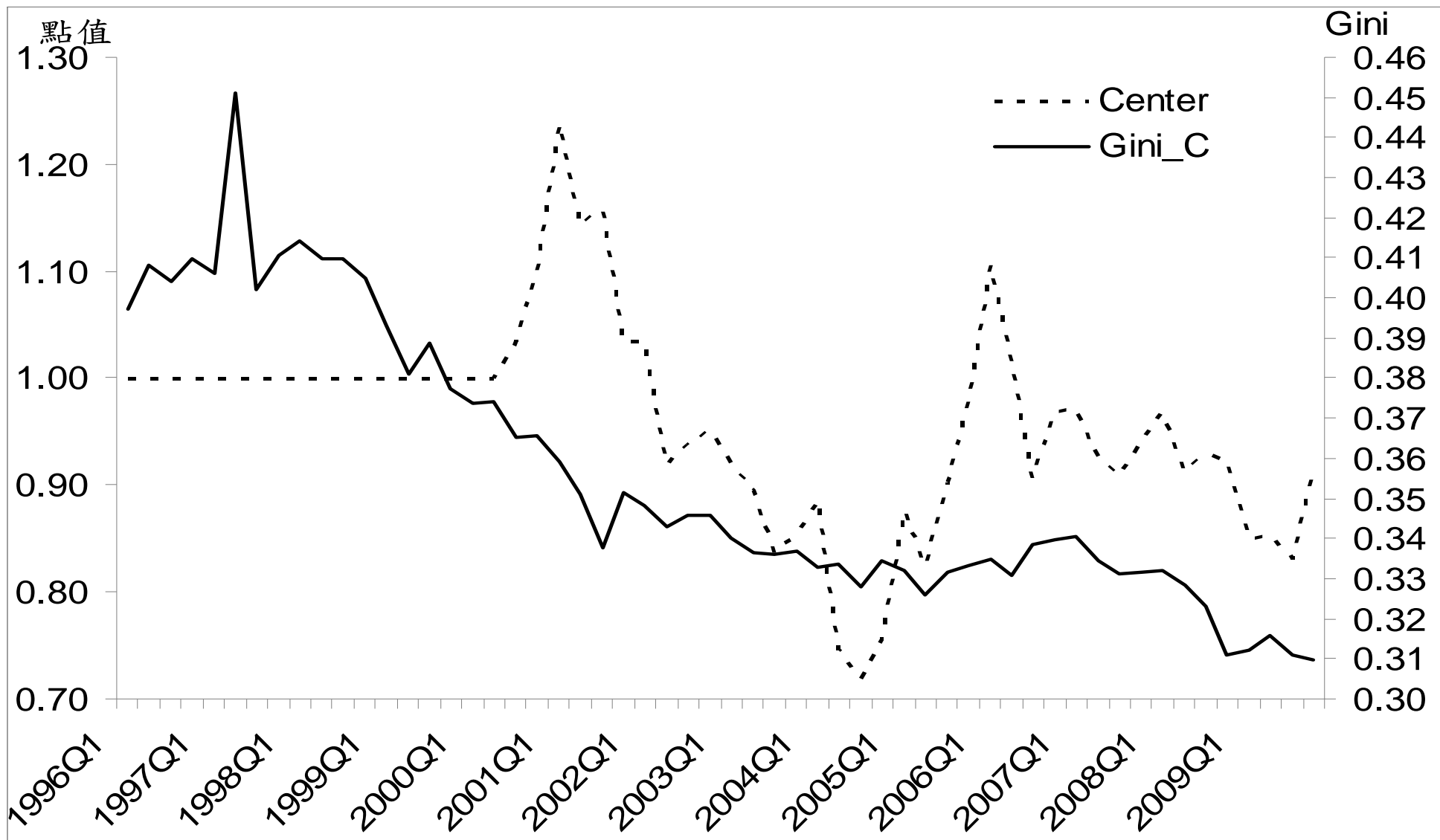


圖 4-4、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：中區業務組 1996-2009
 (資料來源:本研究整理)

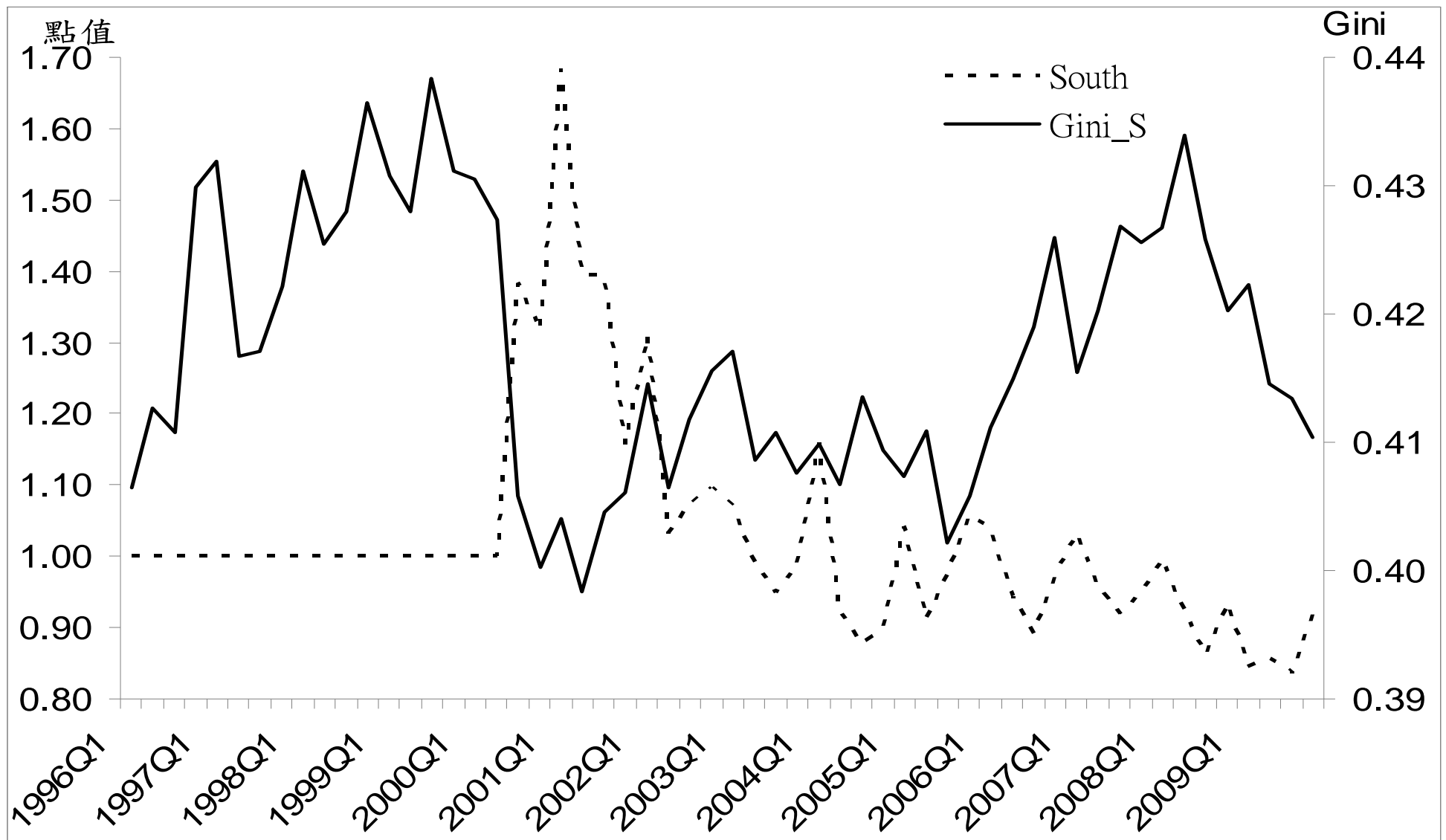


圖 4-5、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：南區業務組 1996-2009

(資料來源:本研究整理)

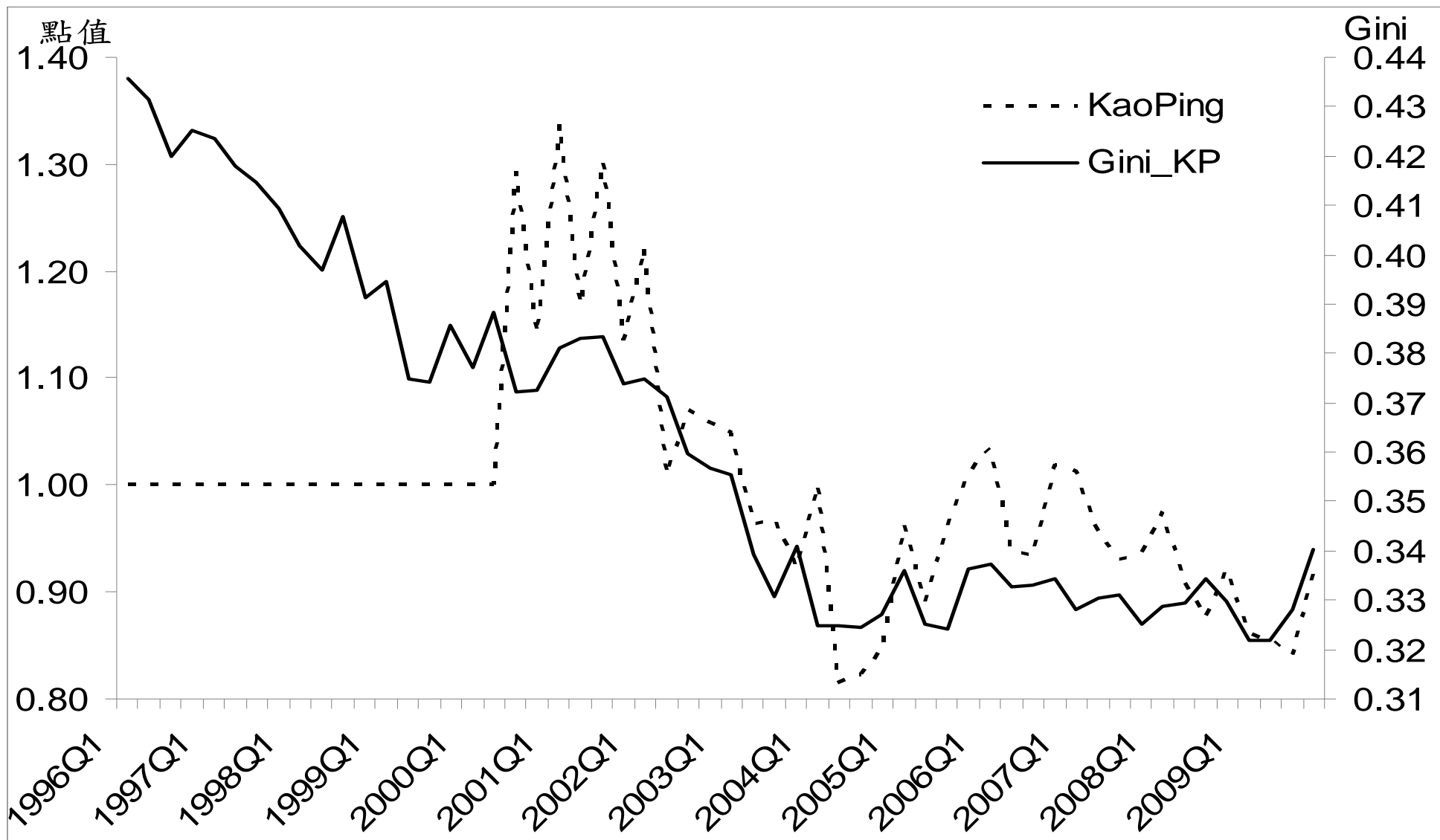


圖 4-6、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：高屏業務組 1996-2009
 (資料來源:本研究整理)

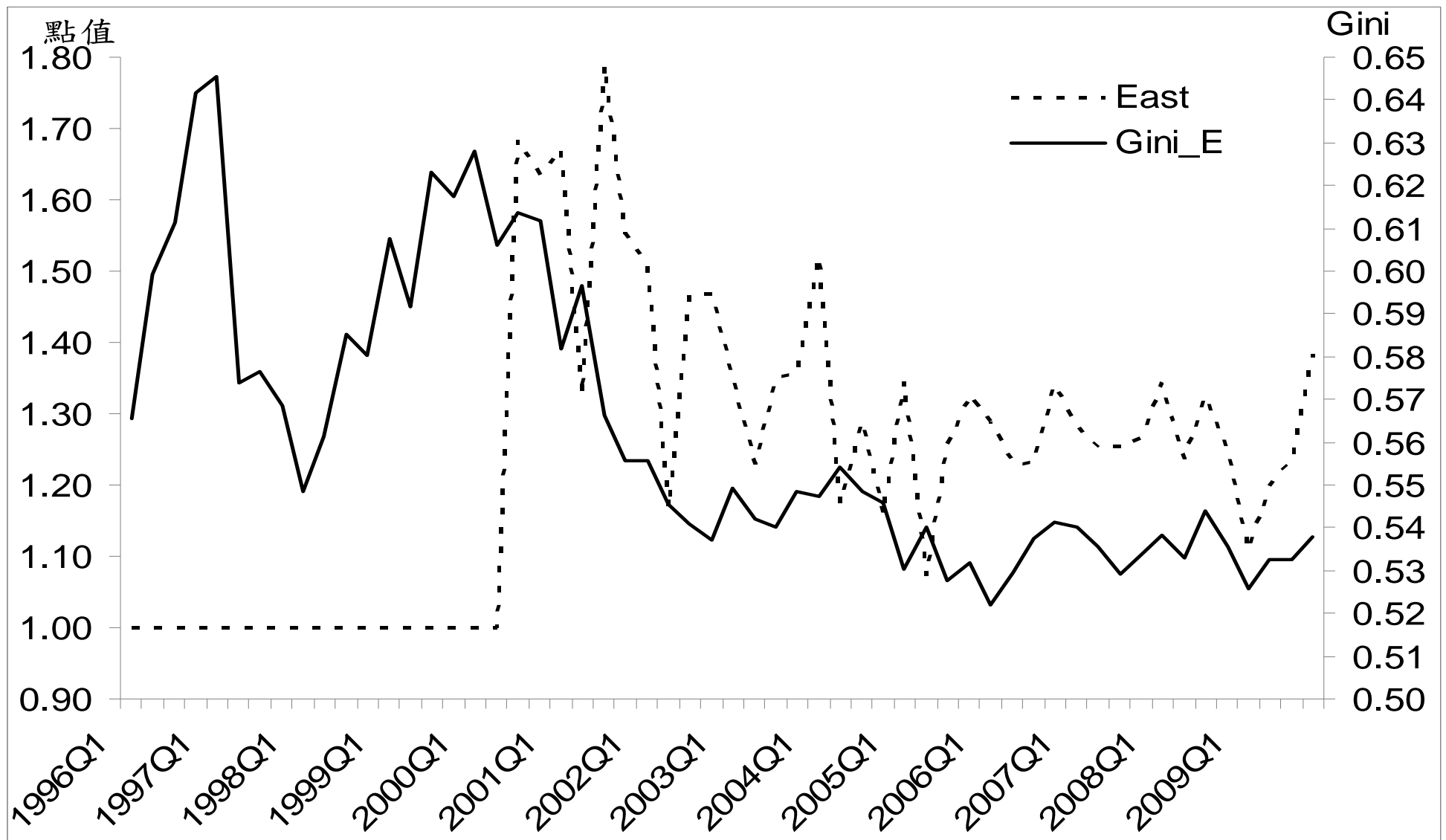


圖 4-7、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數趨勢圖：東區業務組 1996-2009
 (資料來源:本研究整理)

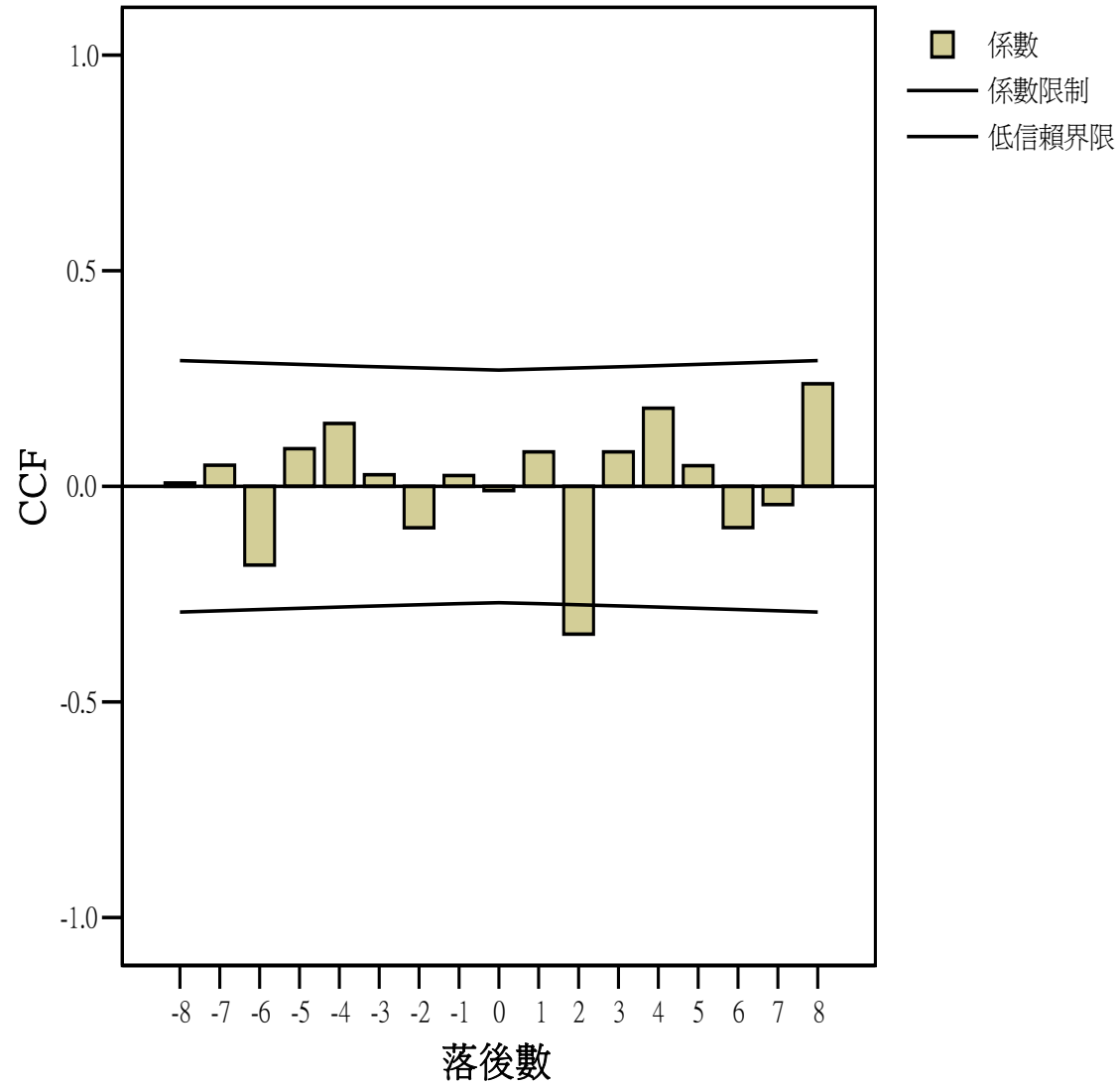


圖 4-8、中醫總額浮動點值與中醫師地理分布 Gini 係數 CCF 圖：台灣地區 1996-2009
 (資料來源:本研究整理)

占率

中醫總額各區歷年占率

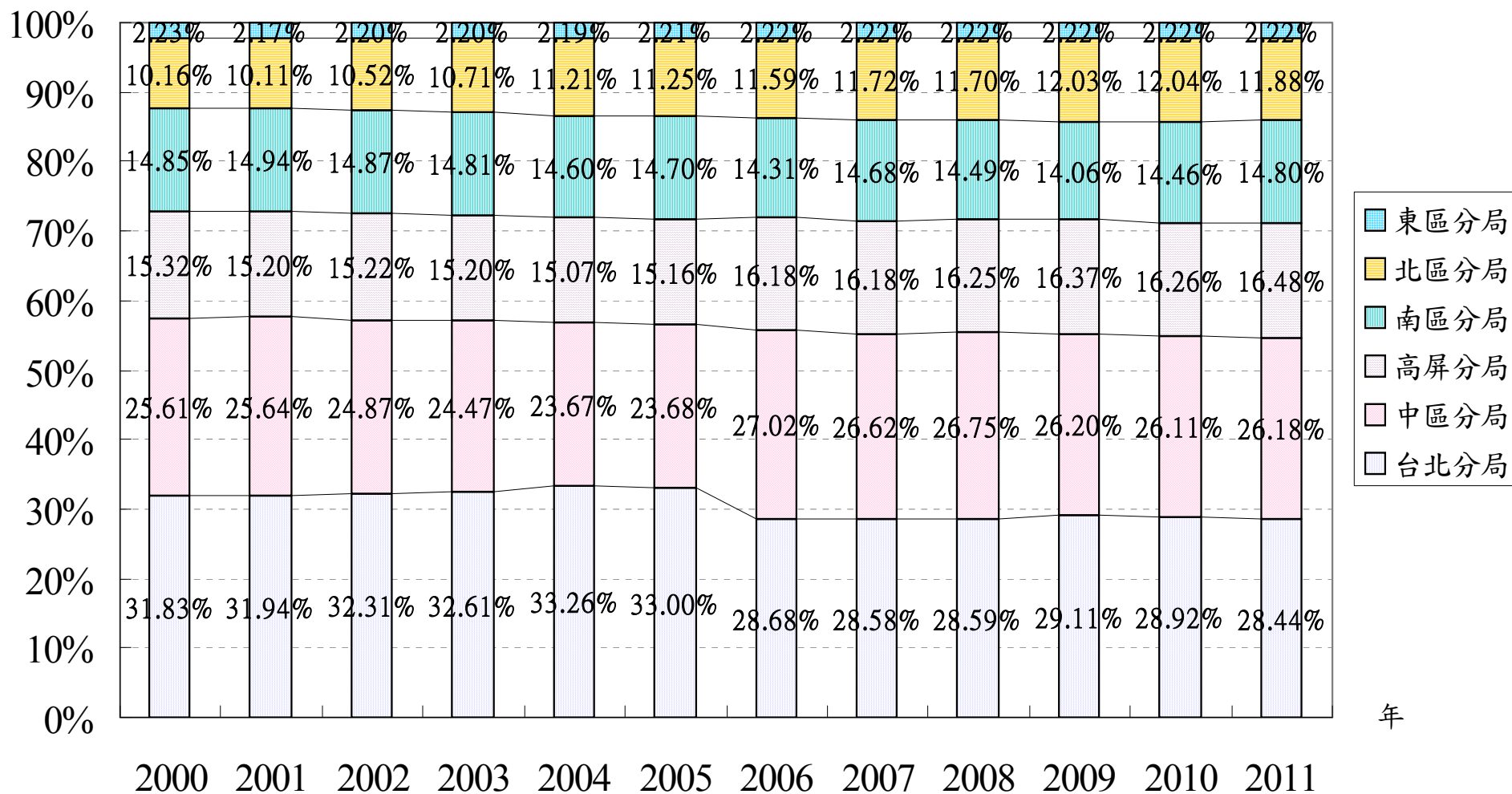


圖 4-9、2000-2011 年中醫總額各業務組分配金額占率

(資料來源：全民健康保險醫療費用協定委員會)

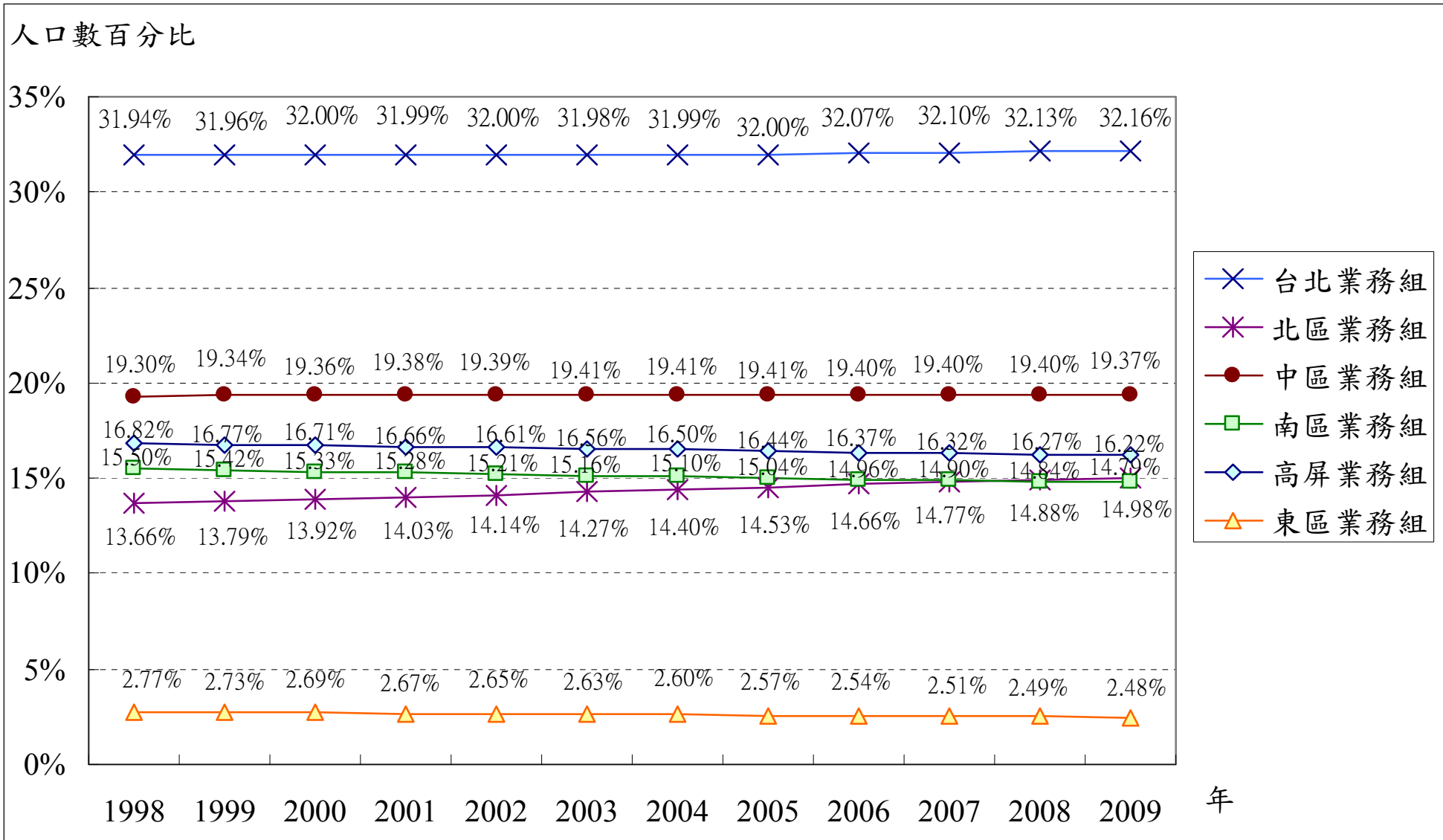


圖 4-10、1998-2009 年中醫總額各業務組人口占率
(資料來源：內政部社會司)

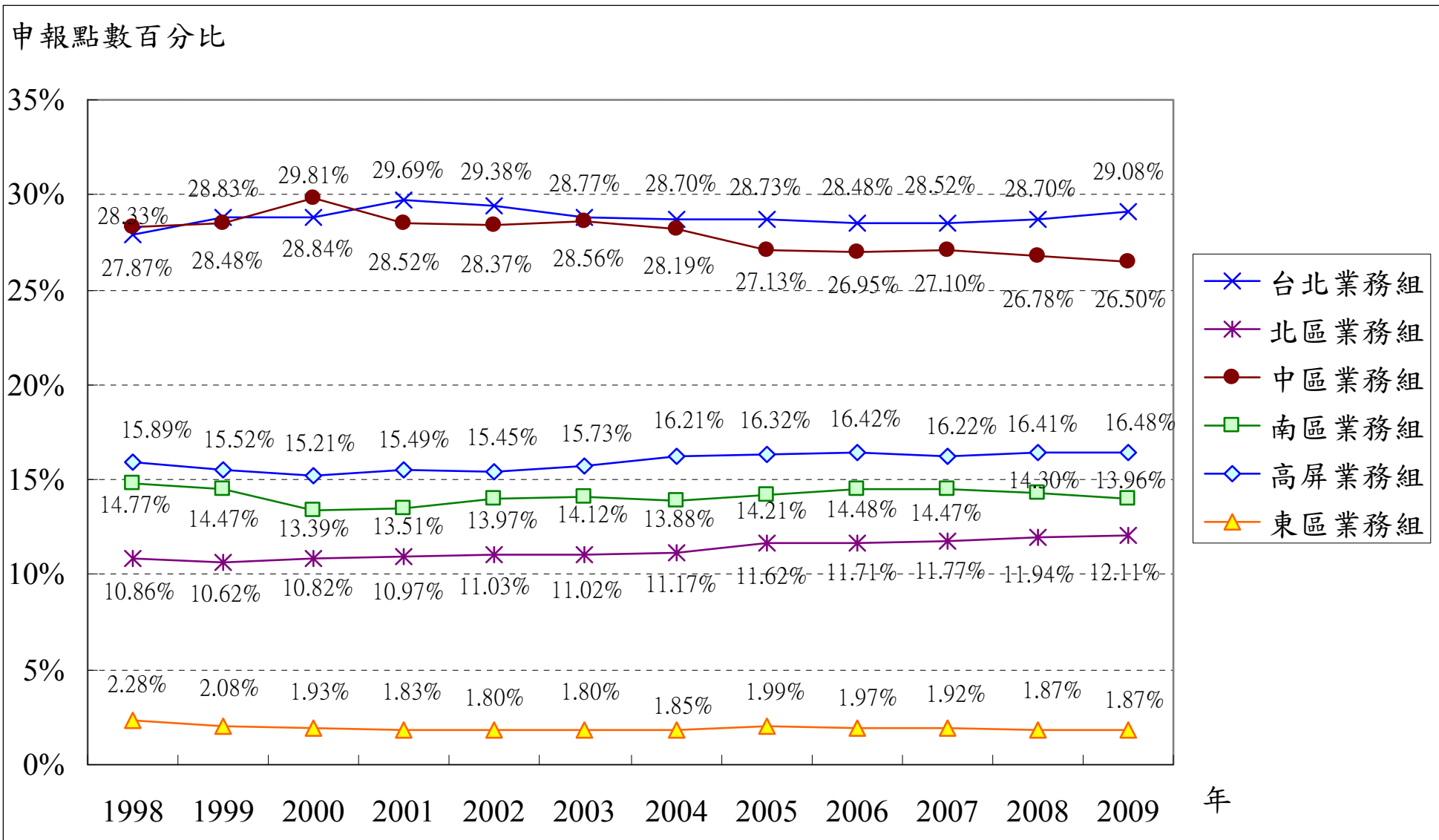


圖 4- 11、1998-2009 年中醫總額各業務組總申報點數占率
 (資料來源：本研究健保資料庫分析整理)

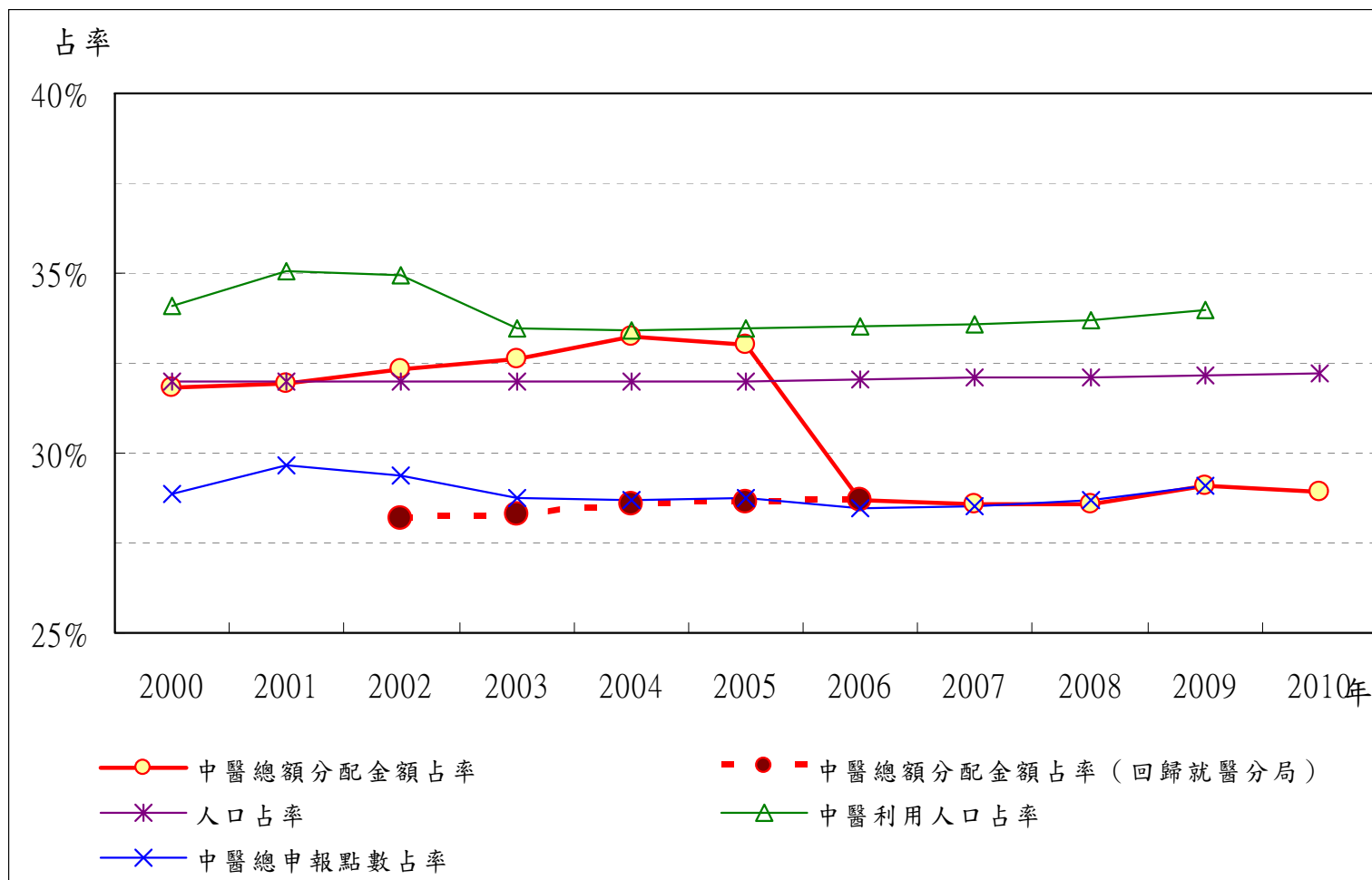


圖 4-12、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：台北業務組

(資料來源：中醫總分配金額占率－全民健康保險醫療費用協定委員會，人口占率－內政部社會司，其餘為本研究健保資料庫分析整理)

註:1. 中醫總額分配金額占率，詳表 4-1(第 87 頁)。

2. 89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配費用之基礎，校正人口風險因子與實際醫療費用比率，尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用，故以虛線部份呈現調整回歸就醫分局後所分配之費用；95~100 年各業務組分配金額已依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎，費用已按實際發生地區分配故無需再調整跨區費用。

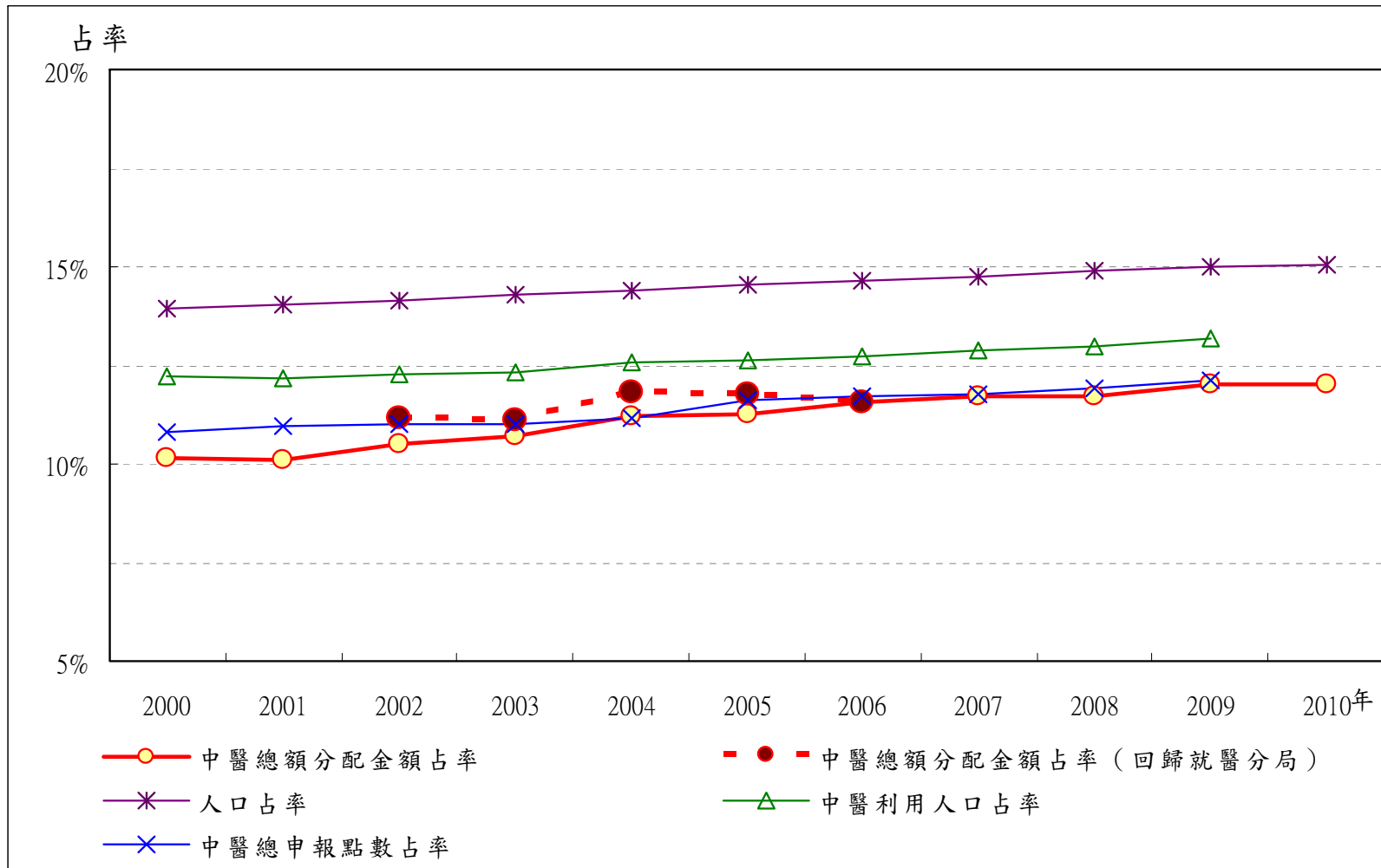


圖 4-13、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：北區業務組

(資料來源：中醫總分配金額占率—費協會，人口占率—內政部社會司，其餘為本研究健保資料庫分析整理)

註:1. 中醫總額分配金額占率，詳表 4-1(第 87 頁)。

2. 89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配費用之基礎，校正人口風險因子與實際醫療費用比率，尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用，故以虛線部份呈現調整回歸就醫分局後所分配之費用；95~100 年各業務組分配金額已依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎，費用已按實際發生地區分配故無需再調整跨區費用。

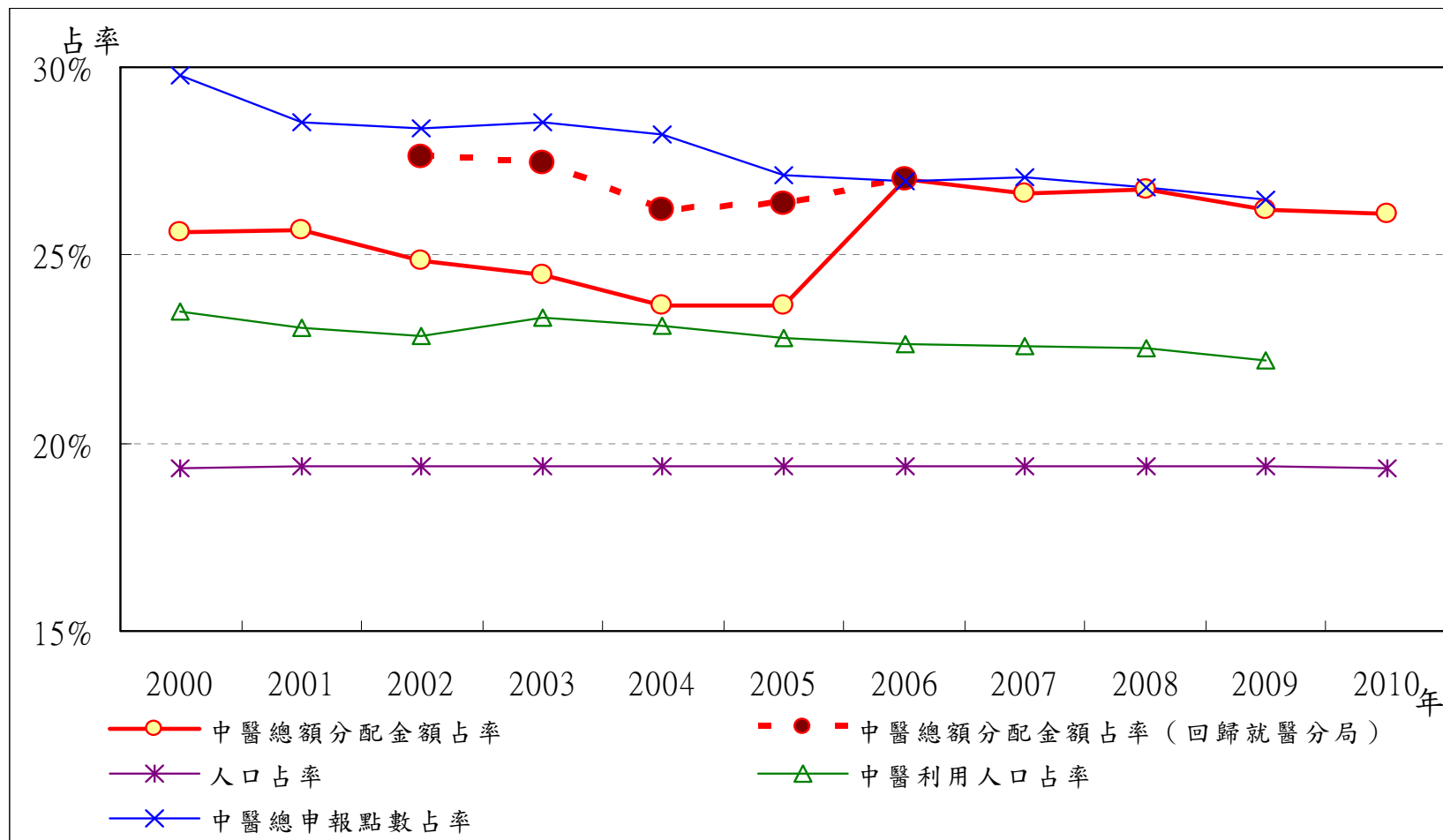


圖 4-14、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：中區業務組

(資料來源：中醫總分配金額占率—費協會，人口占率—內政部社會司，其餘為本研究健保資料庫分析整理)

註:1. 中醫總額分配金額占率，詳表 4-1(第 87 頁)。

2. 89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配費用之基礎，校正人口風險因子與實際醫療費用比率，尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用，故以虛線部份呈現調整回歸就醫分局後所分配之費用；95~100 年各業務組分配金額已依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎，費用已按實際發生地區分配故無需再調整跨區費用。

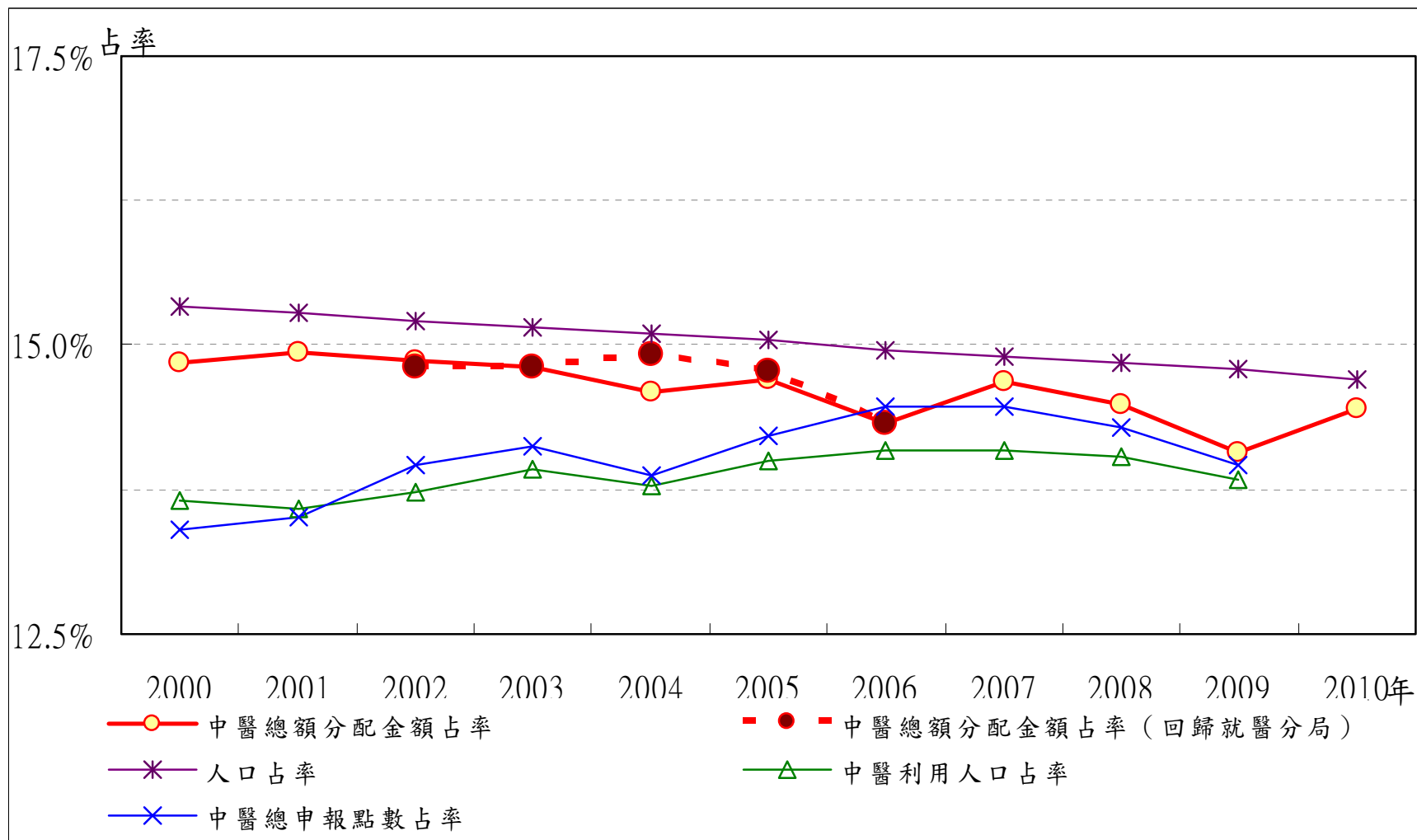


圖 4-15、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：南區業務組

(資料來源：中醫總分配金額占率—費協會，人口占率—內政部社會司，其餘為本研究健保資料庫分析整理)

註:1. 中醫總額分配金額占率，詳表 4-1(第 87 頁)。

2. 89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配費用之基礎，校正人口風險因子與實際醫療費用比率，尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用，故以虛線部份呈現調整回歸就醫分局後所分配之費用；95~100 年各業務組分配金額已依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎，費用已按實際發生地區分配故無需再調整跨區費用。

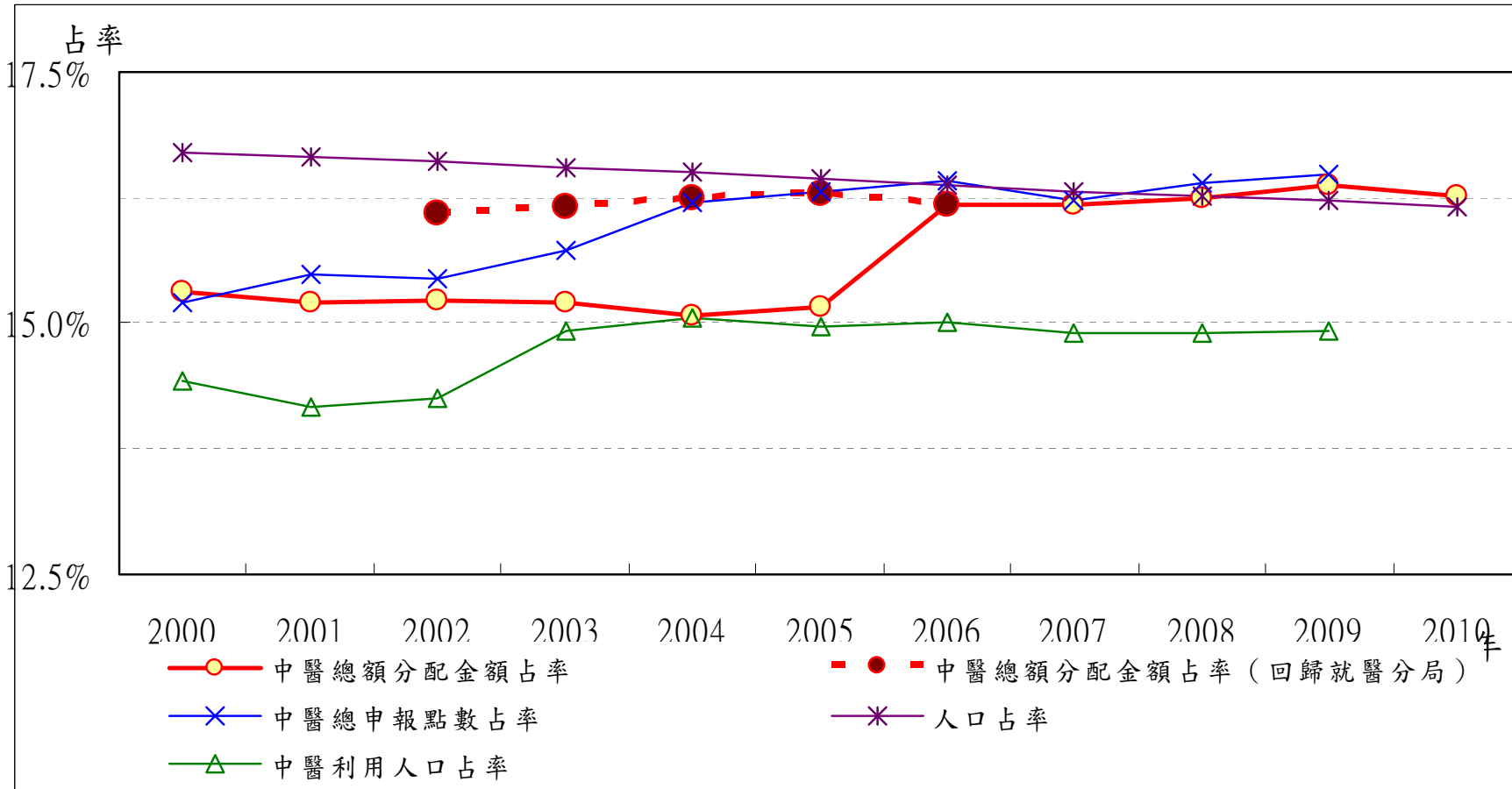


圖 4-16、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：高屏業務組

(資料來源：中醫總分配金額占率—費協會，人口占率—內政部社會司，其餘為本研究健保資料庫分析整理)

註:1. 中醫總額分配金額占率，詳表 4-1(第 87 頁)。

2. 89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配費用之基礎，校正人口風險因子與實際醫療費用比率，尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用，故以虛線部份呈現調整回歸就醫分局後所分配之費用；95~100 年各業務組分配金額已依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎，費用已按實際發生地區分配故無需再調整跨區費用。

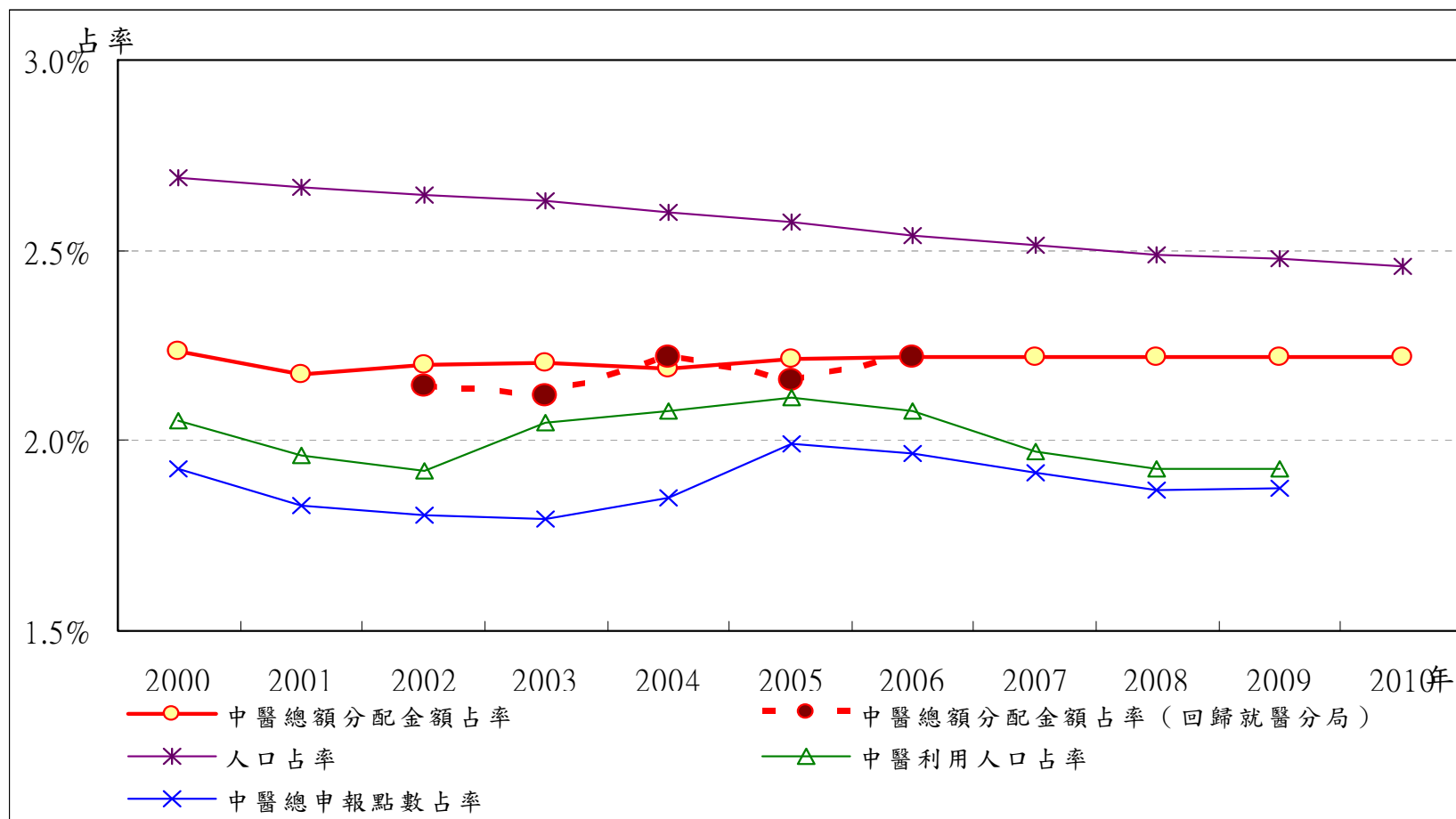


圖 4-17、中醫總額分配占率與相關因素比較圖：東區業務組

(資料來源：中醫總分配金額占率—費協會，人口占率—內政部社會司，其餘為本研究健保資料庫分析整理)

註:1. 中醫總額分配金額占率，詳表 4-1(第 87 頁)。

2. 89~94 年各業務組分配金額係以該區健保投保人數為分配費用之基礎，校正人口風險因子與實際醫療費用比率，尚未調整保險對象跨區就醫之醫療費用，故以虛線部份呈現調整回歸就醫分局後所分配之費用；95~100 年各業務組分配金額已依該區中醫院所申請之醫療費用為主要分配基礎，費用已按實際發生地區分配故無需再調整跨區費用。

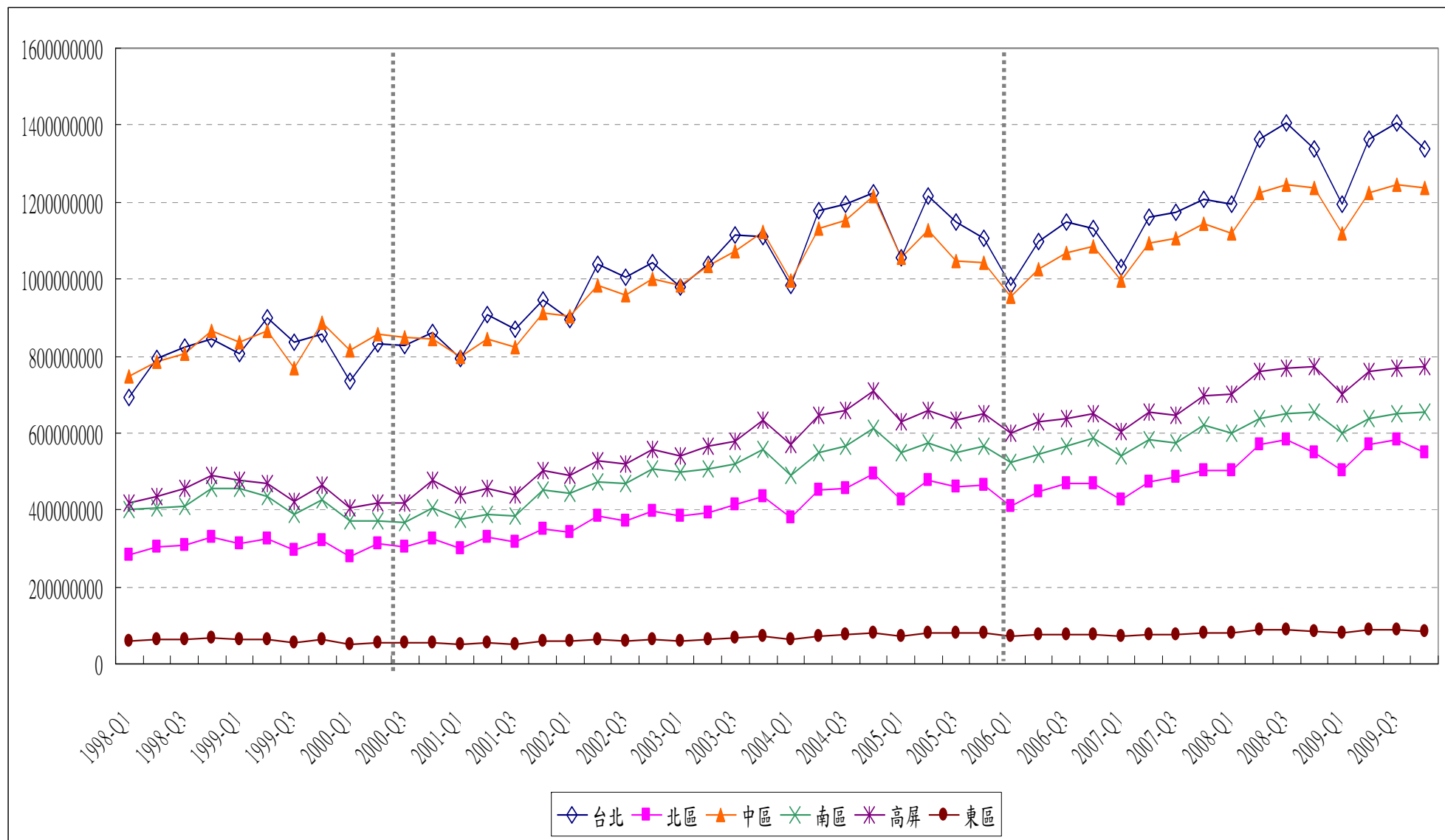


圖 4-18、1998-2009 年中醫總額各季總申報點數分區趨勢圖

(資料來源：本研究健保資料庫分析整理)

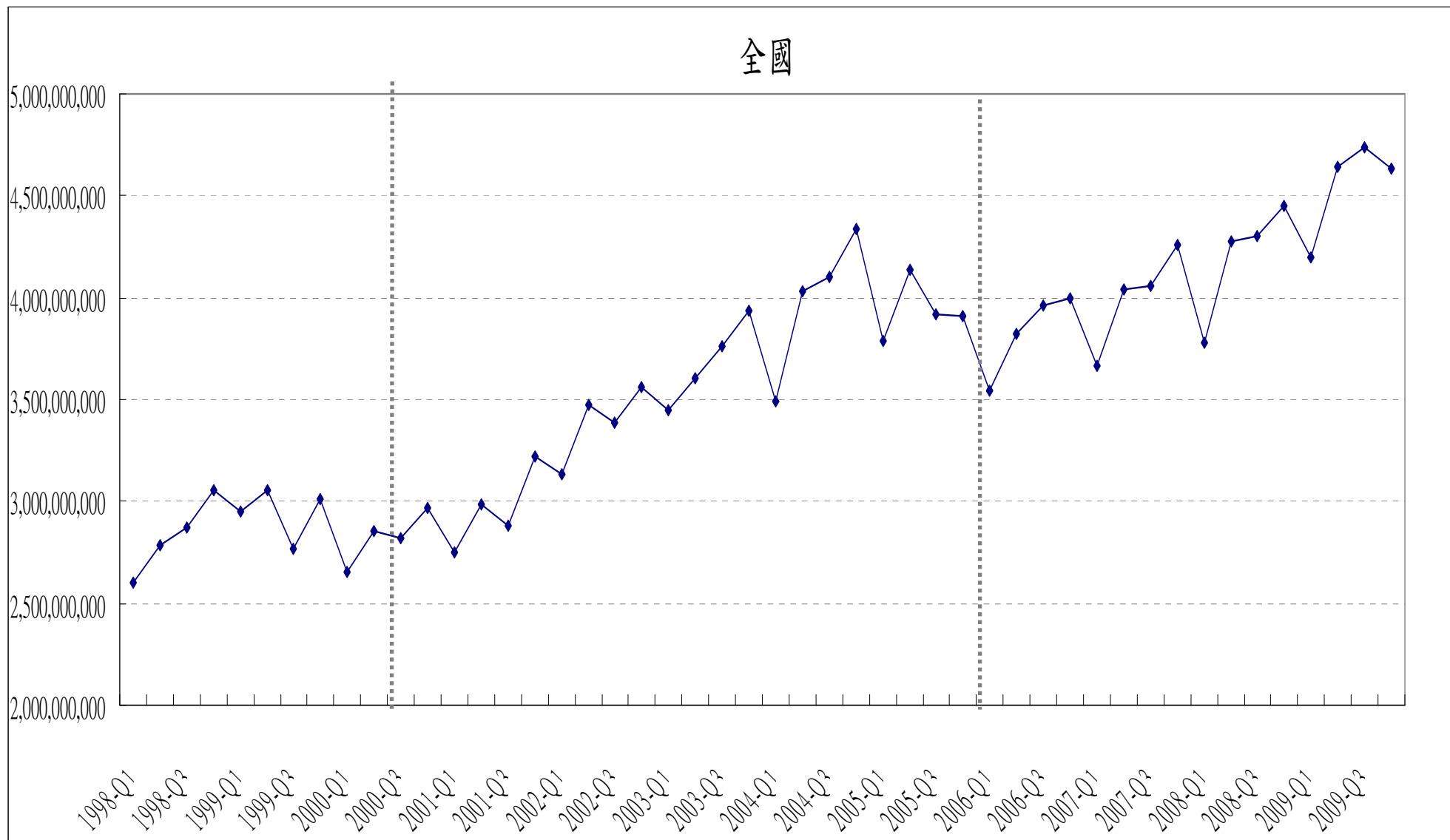


圖 4-19、1998-2009 年各季中醫總額總申報點數趨勢圖

(資料來源：本研究健保資料庫分析整理)

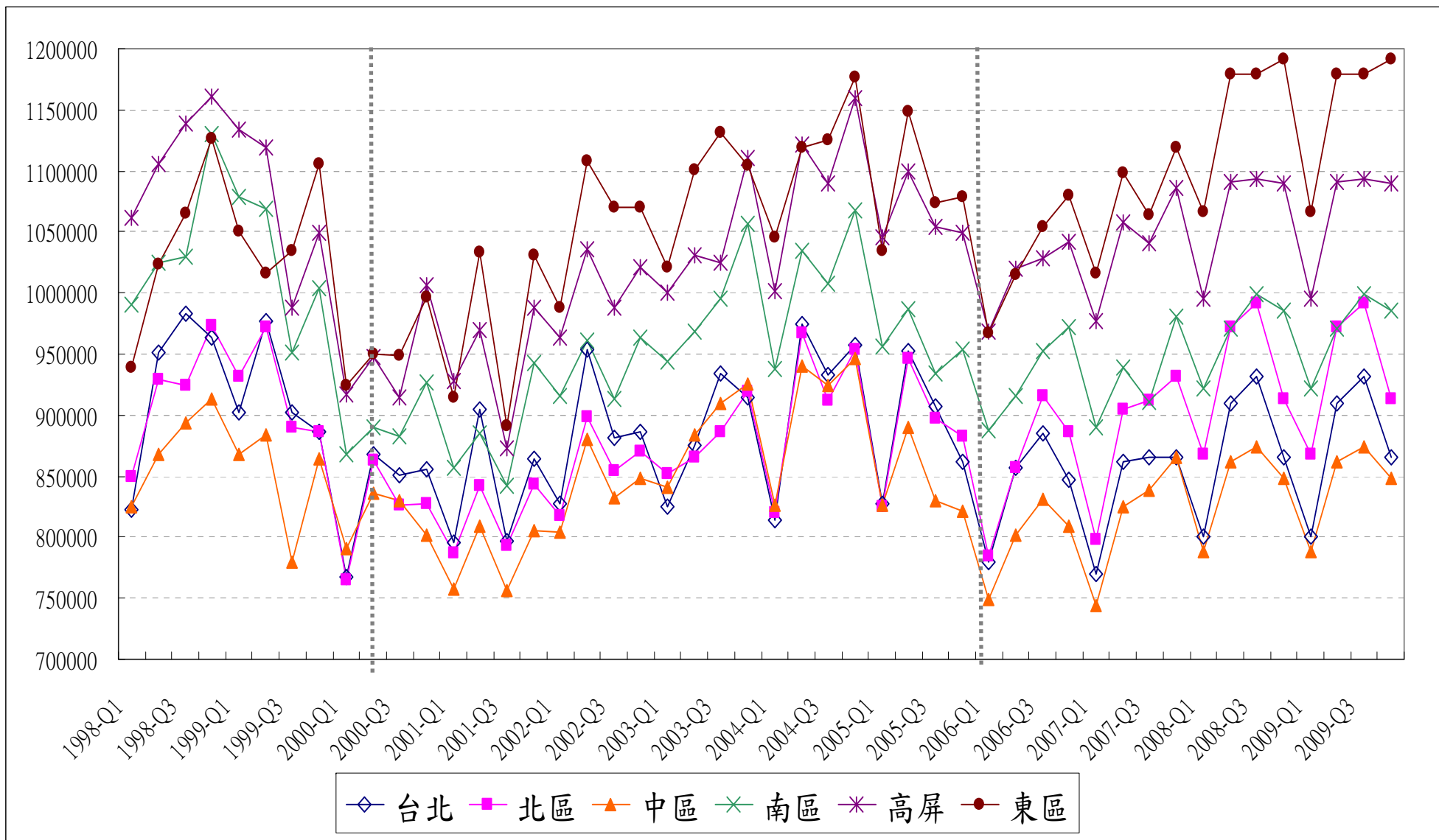


圖 4-20、1998-2009 年各季中醫總額實施前後每位醫師平均申報總點數各分區趨勢圖

(資料來源：本研究健保資料庫分析整理)

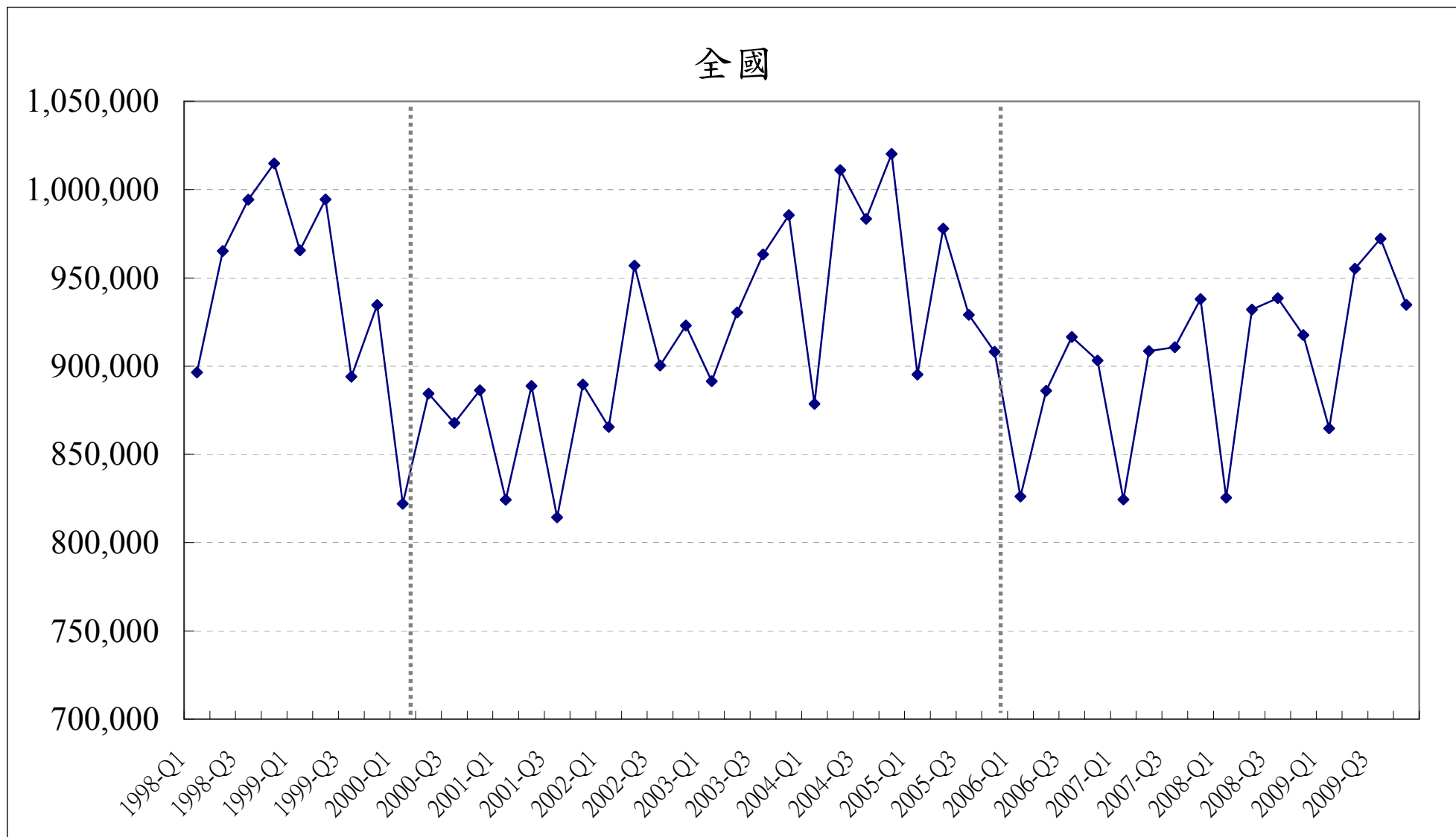


圖 4- 21、1998-2009 年中醫總額實施前後各季每位醫師平均申報總點數趨勢圖

(資料來源：本研究健保資料庫分析整理)

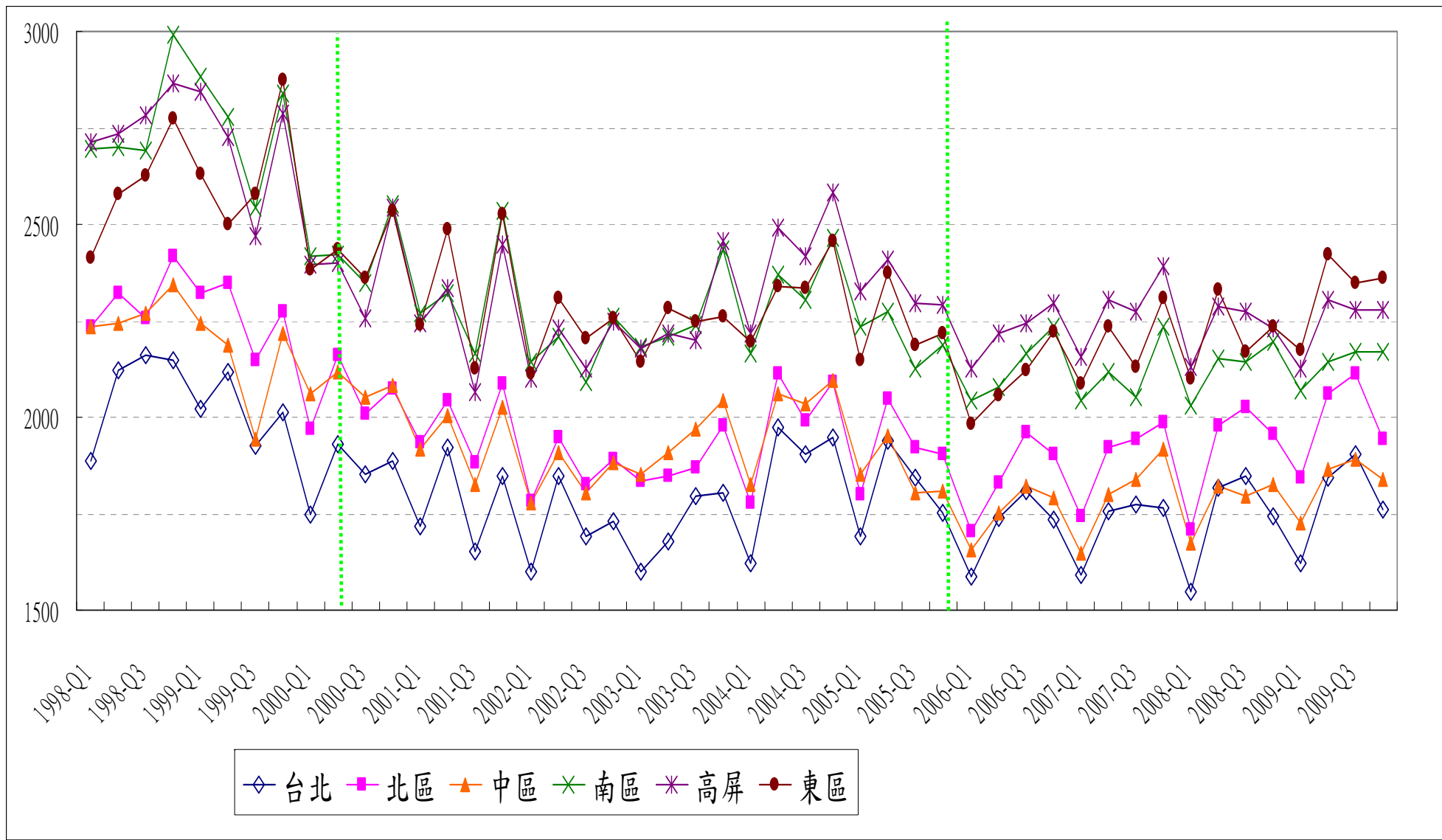


圖 4-22、1998-2009 年每位中醫師平均申報案件數

(資料來源：本研究健保資料庫分析整理)

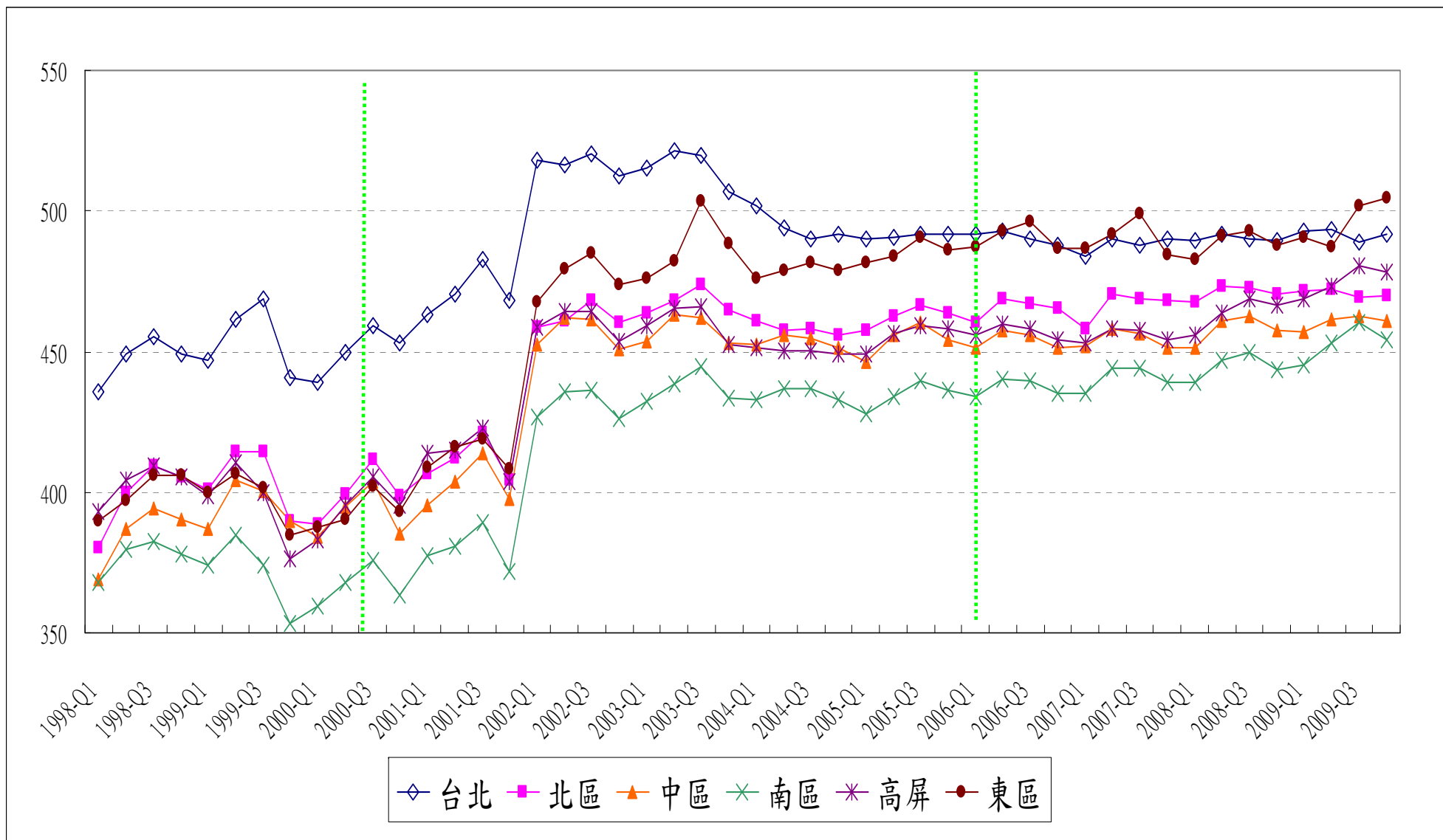


圖 4-23、1998-2009 年每申報案件平均點數

(資料來源：本研究健保資料庫分析整理)

附件

附表 1、1998-2009 年中醫總額各季總申報點

總申報點數 (平均每位醫師 申報點數)		全國	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組
1998	Q1	2599835181 (896495)	692205371 (822097)	284685823 (849808)	746477164 (824837)	399279764 (990769)	417064034 (1061232)	60123025 (939422)
1998	Q2	2787438323 (965179)	794927573 (950870)	303950498 (929512)	785905059 (868403)	403680478 (1024570)	434491143 (1105575)	64483572 (1023549)
1998	Q3	2869476512 (994275)	822437623 (982602)	309587423 (924142)	807152400 (893856)	409732066 (1029478)	455606249 (1139016)	64960751 (1064930)
1998	Q4	3054597255 (1014816)	843286152 (963756)	330116194 (973794)	865210892 (912670)	457591935 (1129857)	489700350 (1160427)	68691732 (1126094)
1999	Q1	2947920150 (965581)	806822765 (902486)	312857136 (931122)	833799015 (867637)	455163276 (1078586)	475165153 (1134046)	64112805 (1051030)
1999	Q2	3059060914 (994493)	899754472 (976932)	325666164 (972138)	866882644 (883672)	435852014 (1068265)	468884474 (1119056)	62021146 (1016740)
1999	Q3	2768681542 (893988)	834258580 (901901)	294591234 (890004)	769727946 (779077)	389141312 (951446)	424071275 (988511)	56891195 (1034385)
1999	Q4	3015917928 (934589)	858688236 (886159)	319149549 (886527)	888106932 (864758)	425544247 (1003642)	462506503 (1048768)	61922461 (1105758)
2000	Q1	2658382116 (822011)	735184320 (767416)	280193793 (765557)	814124688 (791180)	369834755 (868157)	406353465 (917276)	52690875 (924401)
2000	Q2	2851372277 (884421)	833608694 (868342)	313984752 (862595)	858347216 (835781)	371315258 (890444)	418982797 (947925)	55133560 (950579)
2000	Q3	2822399037 (867896)	828398872 (850512)	304821343 (826074)	850482510 (829739)	367852869 (882141)	417686053 (913974)	53157390 (949239)
2000	Q4	2971062092 (886355)	862894676 (855198)	324186593 (827007)	846036445 (801930)	405038770 (926862)	476066328 (1006483)	56839280 (997180)
2001	Q1	2753348322 (824356)	792119601 (795301)	299076398 (787043)	797331430 (757200)	376314980 (857210)	437301623 (928454)	51204290 (914362)
2001	Q2	2981702208 (888734)	907966612 (904349)	329463246 (842617)	843323173 (808555)	388543482 (885065)	456575250 (969374)	55830445 (1033897)
2001	Q3	2877198979 (814378)	867625386 (796718)	317107911 (792770)	822010887 (756220)	382270791 (842006)	437423079 (873100)	50766725 (890644)
2001	Q4	3220051372 (889517)	944977292 (864572)	352351900 (842947)	911411445 (805134)	451592282 (942781)	500940371 (988048)	58778082 (1031194)
2002	Q1	3135000860 (865544)	895820723 (827930)	343505854 (817871)	904827509 (804291)	445152450 (915952)	488406569 (963327)	57287365 (987713)
2002	Q2	3471803087 (956947)	1037230571 (954214)	382736691 (898443)	984311276 (879635)	474857567 (961250)	528395232 (1036069)	64271750 (1108134)
2002	Q3	3383671023 (900391)	1005133142 (880923)	372480124 (854312)	956381991 (832360)	468329862 (912924)	520384499 (987447)	60961405 (1069498)

總申報點數 (平均每位醫師 申報點數)		全國	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組
2002	Q4	3560733243 (922948)	1043348616 (886447)	395332508 (870776)	998878872 (848665)	504853100 (963460)	556267872 (1020675)	62052275 (1069867)
2003	Q1	3450599956 (891398)	981405413 (824710)	385210178 (852235)	984169161 (841170)	497600530 (944214)	541997658 (999996)	60217016 (1020627)
2003	Q2	3605522844 (930458)	1038491294 (875625)	392985937 (865608)	1035452652 (883492)	508409787 (968400)	565205604 (1031397)	64977570 (1101315)
2003	Q3	3764446124 (963267)	1113263449 (933946)	413000165 (886266)	1072882284 (909222)	518403367 (995016)	578992514 (1024766)	67904345 (1131739)
2003	Q4	3933175515 (985511)	1112061253 (914524)	434855816 (919357)	1121238667 (925878)	559055529 (1056816)	634212420 (1110705)	71751830 (1103874)
2004	Q1	3488328854 (878672)	982835886 (814280)	381433656 (820287)	995746259 (826345)	491471032 (937922)	572001541 (1001754)	64840900 (1045821)
2004	Q2	4030017506 (1011043)	1178724797 (974153)	450685922 (967137)	1133108743 (940339)	547339291 (1034668)	646293348 (1122037)	73865405 (1119173)
2004	Q3	4104588574 (983371)	1192669448 (932502)	457876855 (912105)	1154597350 (924417)	563998706 (1007141)	660042674 (1089179)	75403541 (1125426)
2004	Q4	4335996027 (1020234)	1225491327 (957415)	493145146 (953859)	1215807127 (946153)	611722142 (1067578)	708644653 (1159811)	81185632 (1176603)
2005	Q1	3786984717 (895268)	1054859564 (827990)	425431663 (824480)	1053564195 (826325)	550603088 (955908)	629099821 (1045016)	73426386 (1034174)
2005	Q2	4135316719 (977847)	1215951320 (952194)	478727141 (946101)	1128313344 (889837)	573579455 (987228)	657175229 (1098955)	81570230 (1148876)
2005	Q3	3914315476 (929104)	1148042807 (906827)	460563375 (897784)	1045406970 (830347)	548627587 (934630)	633281863 (1053714)	78392874 (1073875)
2005	Q4	3907639021 (908120)	1105253251 (862132)	464343524 (882782)	1043764902 (821862)	565224288 (953161)	649241302 (1048855)	79811754 (1078537)
2006	Q1	3541051622 (826190)	985302681 (779512)	408966563 (784965)	953724851 (748607)	522033929 (887813)	599429361 (968383)	71594237 (967490)
2006	Q2	3820728762 (886069)	1099634083 (857080)	446424443 (856861)	1023816489 (801736)	545465400 (915210)	629292727 (1019923)	76095620 (1014608)
2006	Q3	3959312888 (916508)	1148700938 (885660)	468556684 (915150)	1066035252 (830893)	564575227 (952066)	635571652 (1028433)	75873135 (1053794)
2006	Q4	4000894530 (903136)	1129472123 (847316)	470635147 (886319)	1085658911 (808986)	585879188 (971607)	651468298 (1042349)	77780863 (1080290)
2007	Q1	3665443428 (824436)	1028432165 (770361)	424506384 (797944)	995621629 (743556)	541085877 (889944)	603674102 (976819)	72123271 (1015821)
2007	Q2	4042505489 (908632)	1159654064 (861556)	474854725 (904485)	1094980163 (825155)	580615372 (939507)	654442199 (1057257)	77958966 (1098014)
2007	Q3	4059735430 (910663)	1174562380 (864921)	484474808 (912382)	1105787015 (838353)	574163888 (911371)	644144883 (1040622)	76602456 (1063923)
2007	Q4	4255300286 (937911)	1207364069 (865494)	502041361 (931431)	1145474399 (865162)	622661104 (980569)	697220911 (1086014)	80538442 (1118589)

總申報點數		全國業務組	台北業務組	北區業務組	中區業務組	南區業務組	高屏業務組	東區業務組
(平均每位醫師申報點數)								
2008	Q1	3777356904 (825471)	1193208790 (800274)	502825725 (868438)	1120446157 (787937)	599102194 (921696)	700108785 (995887)	79981378 (1066418)
2008	Q2	4277156039 (932045)	1361511549 (910101)	568796240 (972301)	1224065494 (861411)	636882724 (970858)	760406003 (1090970)	88481877 (1179758)
2008	Q3	4306041039 (938544)	1404653703 (932086)	583267640 (991952)	1246162629 (874500)	650413208 (999099)	768616689 (1093338)	87256091 (1179136)
2008	Q4	4448729233 (917642)	1337356880 (865043)	550555351 (913027)	1235578871 (848612)	655570080 (985820)	771736063 (1090023)	85764329 (1191171)
2009	Q1	4195674589 (864731)	1193208790 (800274)	502825725 (868438)	1120446157 (787937)	599102194 (921696)	700108785 (995887)	79981378 (1066418)
2009	Q2	4640143887 (955155)	1361511549 (910101)	568796240 (972301)	1224065494 (861411)	636882724 (970858)	760406003 (1090970)	88481877 (1179758)
2009	Q3	4740370590 (972184)	1404653703 (932086)	583267640 (991952)	1246162629 (874500)	650413208 (999099)	768616689 (1093338)	87256091 (1179136)
2009	Q4	4636562004 (934791)	1337356880 (865043)	550555351 (913027)	1235578871 (848612)	655570080 (985820)	771736063 (1090023)	85764329 (1191171)

中醫總額預算分配公式之德菲研究

專家問卷第一回合

您好，我們是中臺科技大學醫務管理系的研究團隊，接受行政院衛生署費協會委託進行「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」研究計畫。本研究應用德菲法(Delphi Method)，邀請國內產官學各領域專家，對未來中醫總額地區預算分配模式規劃等相關議題與政策提供寶貴意見。

第一回合—請專家對問卷所列子題勾選個別意見。

第二回合—提供第一回合問卷結果，專家可視情況於第二回合問卷中

修改意見，使成為具通盤且趨於一致，若未能達成此目的，

則重覆進行，以逐漸導出共識。

您是中醫界的重要學者專家與意見領袖，您的意見是形成政策最重要的一部份，您的支持也是本研究成功的關鍵，誠摯地敬邀您參與。請填答問卷以及專家諮詢費用之收據後，於一百年九月十四日以前，利用所附之回郵信封投擲寄回，本研究兩回問卷結束後將奉寄專家費用 1,500 元，過程中若有叨擾之處，敬祈原諒。

再次謝謝您，最後敬祝

萬事如意

計畫執行單位：中臺科技大學
計畫主持人：洪錦墩 副教授
研究助理：謝儀靜
聯絡電話：(04)22391647 轉 7211
傳真號碼：(04)22391000

(一)對中醫總額分配基準態度評估

此部份是想瞭解您對中醫總額分配基準規劃之態度，請您根據下列句子的陳述，依照您本身的觀念，在方格中打「✓」。

評量項目	非常贊同	贊同	普通	不贊同	非常不贊同
	5	4	3	2	1
1. 中醫地區總額應以六個健保業務組(原為分局)為分配單位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 中醫地區總額應以縣市為分配單位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 中醫地區總額應以鄉鎮為分配單位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 總額分配應考慮過去申報點數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 總額分配應考慮人口數	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 總額分配應考慮中醫利用人口占率 ^{註1}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 中醫總額分配應以論服務量計酬為基礎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您對中醫總額區分東西兩區之分配模式的看法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您對100年度中醫總額預算分配公式設計滿意 ^{註2}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 總額點值對中醫師人力地理分布會產生一定影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 民眾中醫醫療利用率會受到中醫醫療機構分布之影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 中醫醫療機構分布會受到民眾中醫醫療利用率之影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 中醫資源不足區域設定中醫師開(執)業收入保障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 總額另撥專款獎勵中醫資源缺乏區域新設中醫機構	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 對新設立中醫診所開業地點受到保險特約限制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

註1. 中醫利用人口占率=有使用過中醫醫療服務人口/區域人口數。

註2. 100年度中醫總額預算分配公式請見附錄。

5. 如果中醫診所的數量需納入考量你覺得合適之比率為：(單選)
- 不適用 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
- 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95%
6. 如果無中醫師服務鄉鎮人口數分配需納入考量你覺得合適比率為：(單選)
- 不適用 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
- 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95%
7. 如果分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數加權後占率需納入考量你覺得合適之比率為：(單選)
- 不適用 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
- 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95%
8. 如果中醫利用人口占率需納入考量你覺得合適之比率為：(單選)
- 不適用 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
- 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95%
9. 如果前一年申報點數需納入考量你覺得合適之比率為：(單選)
- 不適用 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
- 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95%
10. 如果各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率需納入考量你覺得合適之比率為：(單選)
- 不適用 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
- 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95%
11. 如果各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率需納入考量你覺得合適之比率為：(單選)
- 不適用 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
- 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95%

(三)基本資料

1. 請問您的性別：男 女
2. 請問您的出生年次：_____
3. 請問您目前是否為學校專兼任教職
- (1)不是 (2)兼任 (3)專任教師，年資有_____年。
4. 請問目前您是否執行中醫臨床醫療業務
- (1)無 (問卷結束) (2)有，執業年數共有_____年。
5. 請問您目前最主要執業的場所是在：
- (1)公立西醫醫院附設中醫部或中醫科 (2)私立西醫醫院附設中醫部或中醫科
- (3)私立中醫醫院 (4)聯合診所 (5)個人診所 (6)其他_____
6. 請問您是否曾參與中醫健保相關行政業務
- (1)無 (問卷結束) (2)有， (2-1)中央層級 (2-2)健保分局 (業務組)層級

(四)其他

歡迎您對中醫總額分配公式與中醫整體醫療體系規劃提出任何問題或意見：

如-人力數量：數量培育、中醫師人口比、地理分佈政策規劃等。

-中醫總額公式分配原則：公式決定因子、分配區域規劃等。

-中醫醫療政策：政策的改革等。

謝謝您的填答！我們會將分析結果提供給您。

請利用所附回郵信封寄回。

十分感謝你！

填答人：_____

附錄：牙醫總額、西醫基層與中醫總額分配模式

壹、牙醫總額分配模式

100年度牙醫地區預算分配原則如下：100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配

貳、西醫基層總額分配模式

100年西醫基層地區預算分配原則如下：

- (一) 100年各分區預算=100年一般服務算×〔0.65×人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)+0.35×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)〕。
- (二) R值之保險對象人數及人口結構校正因子採100年數值；SMR及Trans二項校正因子則以95-98年數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- (三) 依前述計得之各區預算成長率，若超出全局成長率±22%，則再予以微調。

參、中醫總額分配模式

100年中醫總額地區預算分配原則如下：

- 一、當年度中醫門診總額一般部門預算，東區預算占率2.22%，其餘五分區（以下簡稱五分區）預算占率97.78%。
- 二、五分區各季預算分配方式如下（操作型定義詳附件1）：
 - (一)80%預算以「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率」分配。
 - (二)5%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
 - (三)5%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
 - (四)5%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
 - (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

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(第二年)

中醫總額預算分配公式之德菲研究

編號	屬性	姓名	職稱	備註
01	中醫界	孫茂峰	全聯會	
02	中醫界	陳俊明	全聯會	
03	中醫界	陳志芳	臺北主委(理事長)	
04	中醫界	彭堅陶	北區主委	
05	中醫界	鄭耀明	中區主委	
06	中醫界	謝明輝	南區主委	
07	中醫界	張廷堅	高屏主委	
08	中醫界	張棟鑾	花東主委(理事長)	
09	業界	趙正安	台灣醫院協會	
10	業界	郭正全	台灣醫院協會	
11	中醫學者	白裕彬	長庚大學醫務管理系	
12	中醫學者	郭乃文	臺北醫學大學	
13	中醫學者	林金龍	臺北醫學大學衛生政策研究中心	
14	中醫學者	陳立德	中國醫藥大學	
15	中醫學者	沈建忠	長庚大學中醫學系系主任	
16	醫管學者	黃偉堯	長榮大學醫務管理系(上屆支委會專家學者)	
17	醫管學者	許怡欣	臺北醫學大學(上屆支委會專家學者)	
18	醫管學者	蔡文正	中國醫藥大學醫務管理系教授	
19	消費者	黃鈺生	財團法人中華民國消費者文教基金會	
20	消費面	葉宗義	全國商業總會	
21	官方代表	黃林煌	中醫藥委員會	
22	官方代表	蔡淑鈴	健保局醫務管理處	
23	官方代表	梁淑政	行政院衛生署健保小組	
24	官方代表	楊銘欽	全民健康保險醫療費用協定委員會	
25	總額專家	蘇鴻輝	牙醫門診總額之委員代表	
26	總額專家	陳宗獻	西醫基層總額之委員代表	

註：擬依審查委員建議酌量增加學者專家代表，調整專家費用。

專家效度以及專家學者會議參與人員之背景資料

專家會議	
鄭耀明	中央健康保險局中醫總額支付委員會中區主任委員、中醫師公會全國聯合會常務理事、南投縣中醫師公會理事長、隆安中醫診所中醫師。
陳立德	中國醫藥大學學士後中醫學系副教授、聯合中醫診所院長、全國中醫師聯合會常務理事。
賴俊雄	中國醫藥大學職業安全與衛生學系暨碩士班教授，日本國立岡山大學醫學研究所醫學博士，曾任中國醫藥學院副校長、中國醫藥大學公共衛生學院院長、中國醫藥學院職業安全與衛生學系系主任等、中醫全聯會理事、公共衛生學會理事等，著作包涵多篇中醫、健保相關政策之研究計畫與論文發表。
葉宗義	中華民國商業總會常務監事、全民健康保險監理委員會委員、中央健康保險局中醫總額支付委員會委員、臺灣省商業會副理事長、臺閩地區勞工保險監理委員
蔡文正	中國醫藥大學醫務管理系暨碩士班教授兼系主任、台灣公共衛生學會理事、台灣醫務管理學會理事、台灣健康經濟學會理事、署立醫院中南區聯盟顧問。
宋文娟	財團法人馬偕紀念醫院新竹分院總務課課長，國立陽明大學醫務管理研究所碩士，曾任財團法人馬偕紀念醫院新竹分院院長室企劃組管理師，曾獲頒國家生技獎銅牌獎、醫策會醫品銅獎、馬偕醫院優良學術論文獎、模範職員獎。
李卓倫	國立臺中護理專科學校老人服務事業管理科副教授，倫敦熱帶醫學暨衛生學院衛生政策博士，曾任國立臺中護理專科學校副校長兼總務主任、中國醫藥大學公共衛生學系副教授、中國醫藥大學醫務管理系所副教授兼所長兼系主任、行政院經建會全民健保規劃小組兼任副研究員。
黃光華	中國醫藥大學醫務管理系暨碩士班助理教授，國立陽明大學公共衛生研究所衛生政策與管理博士，曾任中華民國醫院協會全民健保小組委員、中華民國藥師公會全國聯合會醫院藥局規劃委員會委員、智新醫事專業中心副理、聯新醫療聯盟北區管理中心主任、桃園縣藥師公會理事。
專家效度	
陳立德	中國醫藥大學學士後中醫學系副教授、聯合中醫診所院長、全國中醫師聯合會常務理事，中國醫藥大學中國醫學研究所博士，曾任中國醫藥大學學士後中醫系主任。
宋文娟	財團法人馬偕紀念醫院新竹分院總務課課長，國立陽明大學醫務管理研究所碩士，曾任財團法人馬偕紀念醫院新竹分院院長室企劃組管理師，曾獲頒國家生技獎銅牌獎、醫策會醫品銅獎、馬偕醫院優良學術論文獎、模範職員獎。
何清治	中臺科技大學醫療暨健康產業管理系助理教授兼系副主任，澳洲昆士蘭科技大學醫療科學博士，曾任國立台東大學區域與政策發展研究所兼任助理教授、慈濟技術學院醫務管理系專任助理教授、台東縣健康促進會總幹事、台東縣衛生局社區健康營造計畫輔導員、佛教慈濟綜合醫院資材、庶務組長、專員。
王逸年	中央健康保險局中醫總額支付委員會委員、中華民國中醫師公會全國聯合會會務人員。

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
專家討論會議紀錄

- 一、會議日期：2011 年 11 月 17 日
- 二、會議地點：中國醫藥大學 立夫教學大樓 6 樓第二會議室
- 三、計畫主持人：中臺科技大學醫療暨健康產業管理系 洪錦墩教授
- 四、出席人員：如簽到表
- 五、會議工作人員：謝儀靜、賴怡婷
- 六、會議流程：
 - 14:00~14:15 會議報到
 - 14:15~14:20 與會專家學者介紹
 - 14:20~14:30 德菲法初步結果報告
 - 14:30~15:40 討論時間
 - 15:40~16:00 交流時間
 - 16:00 會議結束
- 七、德菲法初步結果報告
 - (1) 對中醫總額分配基準態度評估
 1. 總額分配應考慮人口數
 2. 總額分配應考慮中醫利用人口占率
 3. 總額分配應考慮過去申報點數
 4. 中醫地區總額應以六個健保業務組(原為分局)為分配單位
 5. 中醫醫療機構分布會受到民眾中醫醫療利用率之影響
 6. 民眾中醫醫療利用率會受到中醫醫療機構分布之影響
 7. 對新設立中醫診所開業地點受到保險特約限制
 8. 總額另撥專款獎勵中醫資源缺乏區域新設中醫機構
 9. 中醫不足區域設定中醫師開(執)業收入保障
 - (2) 中醫總額公式應考量之因素
 1. 中醫利用人口占率
 2. 地區老年人口占率
 3. 戶籍人口占率
 4. 人口風險因子 (包括年齡性別指數及標準化死亡比)
 5. 中醫診所的數量
 6. 無中醫師服務鄉鎮人口數(占率考量)
 7. 前一年申報點數(占率考量)
 - (3) 討論議題

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

1. 總額地區預算分配模式是否需要負起這樣責任或是公權力的責任
2. 民眾就醫權益意涵是：提供需求者滿足或是提供民眾最大之選擇
3. 中醫總額之公式應考量那些因素

八、專家意見：

專家 A 意見
<p>(1) 過去中醫總額點值設計無法達到醫療資源分布均勻</p> <p>(2) 中醫總額公式應考量之因素：</p> <p>整個考量因素中，我覺得有幾個不需要，雖然專家問卷調查結果如此，但實際上放進總額公式並不恰當。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 戶籍人口占率：應是總額分配基準占率最高的。 2. 地區老年人口的占率：不適用，因為實際研究發現中醫使用者中，老年人口占率並不高。 3. 中醫利用人口占率：適用，過去研究發現只看中醫者約 11~14%，中、西醫兼看者約占 40%，但 40% 中每年只看一次中醫者就占了 1/3，所以中醫利用人口占率應考慮，但仍受到很多因素影響注意。 4. 人口風險因子：其實這個很難去算。 5. 診所的數量：等同於醫師的數量，供給會創造需求，所以供給者越多，需求者就越多，需求越多，在總額的分配就要考量進去，中醫診所／中醫師的數量會影響到整個中醫的總額，關聯性相當強，但是否把它放進公式，就很難說。 6. 無中醫師的服務鄉鎮的人口占率：應該用一個特殊的鼓勵方法來做，把它放在總額裡面我覺得不是很恰當。 7. 前一年申報點數：這就是需求量的多少，這當然可以考慮。
專家 B 意見
<p>(1) 101 年分配方案大概與 100 年差不多</p> <p>地區分配還是維持了 80%、20%，20% 裡面還是維持了四個指標各 5% 的分配方案，第一個指標戶籍人口數的 5%，是中區的痛，因為每進 1% 大概就少了 1536 萬左右，這個模式如果持續往前進的話，中區目前的點值大概在 0.92~0.94 之間，不過因為事實上在浮動點值已經跟高屏落差超過 10% 了。</p>

(2) 限制特約的問題需以公權力介入

中區醫師公會過去曾做過兩個限制條件，一是「全審」，就是做多少件就審多少件，屬於行政障礙，另一條件就是費用障礙，因此公會理事長被公平交易委員會約談，最後公平交易委員會各縣市裁罰五萬，並且須把錢還給新進執業的診所，委員認知上還是認為形成不正常的分配情形，不過因為它是公權力的疏失，要求地方公會去補公權力的疏失，但公會沒有權利，無法要求會員不要進來。

公權力沒有去適當的介入的時候，每一個地方分布不均勻的部份，尤其是在高每萬人口醫師數的地方，例如北部地區，基本上沒有人敢去觸犯憲法人民有職業跟遷徙的自由，所以在這種情況下，這幾年下來情況皆相同，中醫師都喜歡在中醫診所集中處開業，這是人性的選擇，事實上再限制高的地區的時候，他就是需要公權力。

(3) 六區分配應嘗試改以鄉鎮分配

總額負擔那麼大的功能就是資源分配，一開頭沒有給那麼大的重擔，但逐漸就重擔一直加進去，總額就必須負擔整個資源分配的公平性，民眾就醫的權益性，如果一開頭總額就要給他那麼大的壓力，六區並不是原始想法，六區是以方便做工的作法，如果原始這麼想的話，就應該以鄉鎮為想法，六區分配的概念無法改善醫療資源分配，例如中區，中醫師怎麼選都不會選南投，因為在南投跟在中區其他地區都是一樣的點值。事實上在高密度的地區，必須公權力的介入，資源缺乏地區可以嘗試地區分配改以鄉鎮為單位，例如台中市的中醫師，不可能因為東區點值高就移到東區執業，如果要改這幾年就已經改了，但他可能會移到台中縣的神岡或是南投縣的集集，因為通車在 40 分鐘以內，所以這些高資源分配的地區，應是可以疏散到旁邊的縣市的地區。

專家 C 意見

(1) 中醫總額的最理想看法

立足點都不同的東西，套一樣的公式並不合理，最簡單的解決方法，但這個解決方法也不是真正好的方法，但多少顧能慮到所謂的民眾的權益，就是「以中醫利用人口占率的分配當基礎，再用這個利用率的成長變化來校正」。

各地區每萬人口醫師數的概念、鄉鎮的概念，其實還是脫離不了戶籍人口數、投保人口數、使用人口數。

(2) 許多事實證明過去公式並不適用

1. 中醫總額不應以六區做分配單位

高鐵號稱一日台灣，為何地區分配一定要分六區呢？這樣的一個分配根本沒辦法解決問題，東區 2.2% 總額保障地區點值高，但仍然很少中醫師願意過移去，我認為台灣的中醫界根本沒有供給創造需求的問題，反而是需求創造供給，供給創造需求是以這種托拉斯的西醫醫院的這種思維在算中醫，中醫百分之九十七都是診所，所以這樣算這個整個都不對，而且中醫只有門診，與西醫基礎不同。

2. 中醫集中於中區有其歷史性

公衛研究發現在醫師哪裡就學，最後就會在哪裡生根，中國醫藥大學在台中生根 54 年，中區是藥材的集散地之一，早期的中醫特考，彰化幫相當龐大，因為需求創造供給，這個歷史的情況下造就了中區的中醫醫師數。

3. 未來老人中醫就醫次數會下降

老年人口中醫利用率不高是因中醫沒有住院，不像西醫有一個整體的配套措施，而且二代健保將做 150 次的管控，未來老人中醫就醫次數只會下降不會上升，因為光是老人在西醫的就診次數就已經占很多了。

4. 關於戶籍人口數的 5%

我們中醫界堅持使用的人口是投保人口，但卻折衷找了一個中間點變成戶籍人口，與現實脫節，為什麼可以放棄原本堅持的投保人口？有兩種可能，一是政治因素，二是當初的設計就不對或是設計有瑕疵，既然能夠退到戶籍人口，考慮到公平性，那為什麼不能退到利用人口？或許公衛的角度不會認同我的講法，因為公衛的角度就是利用平均的觀念在算，但中醫的屬性並非如此，這又須討論到底中醫跟西醫是站在互補還是替代，其實也未必有證據可以去回答，因為是兩個不同的體系。

專家 D 意見

(1) 中醫仍有許多細節問題需調整

之前開會曾遇到許多糾紛，例如成長廢掉的同時還倒扣 14 億，因為推拿等相關問題，也會遇到委員的意見不同的情況，甚至也牽涉到西醫總額的部份。每個利益團體都未保障自身利益秉持不同意見，爭執相當多，健保局的協調相當困難。

(2) 是否真的需要政府保障這麼多

全世界有哪個生意人哪個行業有政府保護你還要煩惱你有沒有生意嗎？大間病院的代表說我們的醫院，每一年都淘汰百多間，難經營，那是裝傻，台灣每天有 98 萬人就醫，無法經營的機構應自然淘汰即可，欲開業者還是很多。

(3) 中醫應專致於內在醫療改革

東區山區的問題，健保裡面每個項目都有往偏遠地區都有一個補助、獎勵，也是多少有些醫師會過去，但是如果這個醫師技術不好，叫他去東區還是無法存活，如果這個醫師技術好，病患再遠都會跑來。所以最主要是醫界醫師本身要提升，台灣中醫規模硬體設備不如西醫，中藥當然吃的比較慢，我覺得中醫本身有許多問題，曾參觀過印度的草藥博物館，裡面展示兩千多種草藥，每一種都能夠清楚說明草藥的特性與治療疾病，這是西醫難以做到的，但那邊的中醫師訓練到可以感受到草藥的靈性。

專家 E 意見

(1) 健保總額分配已涉及計劃經濟之概念。

(2) 應先規劃一個中醫資源與總額分配之指導原則，且該原則應先由衛生署訂頒政策作為依據。

專家 F 意見

(1) 醫療網的醫療生活圈概念應用

討論分區的部份，看到醫療資源就想到另外一個名詞就是醫療網的這個部份，他當初用的這個區域是屬於醫療生活圈，醫療區域的概念，不曉得過去是否有研究經驗是將此醫療生活圈當做研究的標準，但實際實行上也是相當的困難。

(2) 專家會議之專家意見的呈現與突顯

這個委託計畫寫得很清楚，是以德菲法做研究，德菲法就是多個專家平均出來的一個共同的意見，最後所呈現的也就是平均值最高的呈現出來，但是不曉得

主持人有沒有這樣的想法就是像今天在座的有一些不同的意見，他們有他們的考量，也滿有道理的，這個部份有沒有一個方式可以將它在報告中突顯出來，否則依照德菲法，那只是大家的一個平均的分數。

專家 G 意見

總額地區預算分配公式主要以需求面為主，另可從供給面探討，做為分配公式微調的參考。

專家 H 意見

- (1) 療資源分配重在被保險人健康照護的可近性，好的分配公式要能引導中醫師到醫療資源需求的地方。
- (2) 要朝國民可以感受中醫醫療服務的價值方向邁進。

一位中醫師對總額分配及整體醫療體系規劃的來函建言

(一)就東部醫師的分布與人數而言：

- 1.健保總額依投保人口比例而分配，仍保障東區偏遠地區民眾就醫的權利。對東區民眾就醫而設的任何方式之就醫限制，只會增加民眾就醫的不便利，對偏遠醫療缺乏地區的民眾而言，是一種枷鎖。限制多與保障弱勢族群精神背道而馳。
- 2.花東地區的人口結構特殊，有三分之一強的原住民。其傳統生活教育與漢民族的方式不同，從出生至老死，都很少有漢民族傳統的中醫藥養生概念，比較來說，推廣中醫藥原住民能接受的程度，自然比較困難。再加上地區衛生單位長期由西醫把持，部分比較有偏見的醫師，竭盡可能的醜化中醫藥，甚至明白的禁止原住民吃中藥，所以中醫的巡迴醫療山地區較不易推廣。
- 3.原住民能接受中醫的程度本來就有先天不足，加上國家教育，長期重西輕中的醫療宣導政策，又有後天失調之遺憾。經過花東地區醫生長期熱心參與醫缺地區巡迴醫療服務的推廣，已經慢慢地有較多的原住民，感受到中醫藥的治療特色。要推廣更普及，需要政府衛生教育單位的推廣，非由民間團體能力所能及。想要提升民眾對中醫藥的使用率，是需要長期的教導、鼓勵、推廣與保障，絕非一蹴可成。
- 4.東區的社經生活品質自有其先天之不足，再加上後天環境之失調，如交通不便利、教育不足、生活教育的資訊及國家的建設，有明顯的城鄉差距、貨不能暢其流、人不能盡其才等，都是東部地區的魔咒。經過長期的改善，東區的確比以前進步。但是與西區的各项建設來比較，東區的改善，遠遠比不上西部的進步速度。這也是西區的中醫師不願到東區執業的最主要因素。
- 5.大家提到東部，首先誇獎的說：「好山、好水、好空氣」。能有大家都誇口的「好」，並不是東部民眾懂得做好環保，而是西部民眾不願東來所致。同樣的道理，中醫師的不足，是因為前述原因，再加上先天不足又後天失調的環境因素，讓西部的中醫師裹足不前。西部的中醫師不願東來，非東區的醫師所能左右。請問政府有

能力改變民眾來東部居住，可以減輕西部的污染嗎？政府都無法改變的事實，除了使用獎勵的方式，鼓勵醫師東來，似乎也無其他比較有效的辦法。

6. 以往高點值的收入，有沒有吸引西區的醫師？答案是肯定的。醫師數由十年前到如今，不也呈正成長嗎？如果沒有一些誘因，東區的醫師一定也往西區擠，東區醫生數會比現在更少。醫師執業首要考慮，往人口密集地區，不是最好的證明嗎？
7. 高點值不是東區醫師內心的期盼，有心往東區發展的醫師，基本上來說，大多比較不在意收入多寡，相對來說他們願意付出的比較多。西區的醫師不願到東區賺多一點，他們遲疑最重要條件是，東部的任何生活條件都比不上西部。只要持續高點值(比西區高)會有醫師願意東來服務，若將點值設限，會扼殺醫師東來的意願，非東區所願。請注意東區的醫師，大部分都集中在市區，偏遠地區的醫師更少得可憐。政府對願意到鄉下服務者，更應盡量獎勵及補助。實際上需要的是加碼，而非減碼。

建議：

1. 政府應大力宣導中醫藥的醫療優劣；普遍灌輸民眾，要瞭解自己的身體，善用中醫的預防醫學，防範疾病於未然。減少病痛的折磨，改善生活品質；萬一生病了，優先考慮利用大自然產物的療法，正確的使用，對人體的治療相對較少傷害。
2. 光是肯進駐醫療缺乏地區或人煙罕至的地區，他的精神就值得大大稱許。所以在政策面，需要以實質獎勵在偏遠地區開執業的醫師，更要加碼鼓勵誘使新進醫師投入更偏遠的地區服務。增加巡迴醫療的服務總額，不限制服務的駐點數。只要醫師有心服務，願往偏遠地區，愈多愈好。
3. 東區最大的困擾之一，是要面對全區醫療品質管制的齊頭式平等的數據，健保局常常依據東區數值偏高，要求東區檢討。醫療品質管制，乃為西區有總額不足點值偏低的壓力，而設計出的多種管制方法。東區無點值偏低的壓力，況且東區幅員遼闊，加上東區年輕人往西部就業，家中多半只剩老人及小孩。民眾就醫的頻率更不方便，需要請鄰居或其他較有空的人士陪同就醫，交通不便，民眾就診所

花費時間與交通費的支出，較之西區任何地區的民眾，都要來得多。我曾建議管制不要比照西區，另訂不違背健保法規的數據，給東區的民眾有更方便的就醫方式。中醫師全聯會認為有道理，同意照辦。卻被健保局，以全國需統一為由打回票。東區的高點值，常需要面對支付委員會部分委員質疑，請有疑問的委員，親自到東區鄉下地區長住，親身體驗所要面臨日常生活各方面的不便利。

(二)就醫療人才用運與制度方面來說

所有的中醫師都不反對，調劑藥物需要有專業合格證照的人員擔任，但是中醫界希望由政府合理規劃教考用，培育適合中醫界能勝任的人才。而不是衛生署蠻橫地自己認定那些人合用或不合用。

衛生單位長期由不熟悉中醫藥的行政人員把持，從未規劃中醫藥從業人員的長期培訓及中醫藥的研究及發展。以致從業人員如中醫的護理人員、調劑人員、骨傷科助理人員，從未曾規劃人才培訓。再以管理西醫的模式，硬生生地套入中醫藥管理。也將以往訓練西醫從業人員，硬要塞給中醫界。不管專業領域的差異性，以及人員技能是否合適，未徵詢中醫界，自行發文認定就是一定合適。

最近衛生署及健保局，均承受監察院糾正的壓力，一而再、再而三的，對中醫界目前兩種中醫的人才使用，有不同意的概念。想以擁有合格的醫師執照人員替代之。以藥師法及醫療院所設立的法規為由，要依法行事。頻頻對中醫界施壓，要求中醫應聘用有合格醫師證照的人員。

- 1.中醫界的心聲：依照中醫界所有同道的看法，多數認為，政府依法行事是值得肯定。但衛生署所提的合格醫事執照人員，都不能符合中醫界事實的需求，以急就章的方式，要硬塞給中醫界聘用。不管所列人員只有西醫醫療體系概念的專業知識，把他們搬到中醫界，與其所學專業不符，一切專業知識都需從頭開始。衛生署認為，訓練可以成就之。
- 2.訓練一定可以有成效：這點不可否認，重點要訓練哪種人？以往至今，衛生行政人才，一律都由西醫養成教育培育，其所做出的法令解釋與決策，有意無意的，

處處表現對中醫藥的不瞭解與不信任，完全不曾有一丁點兒，站在中醫藥的觀點，公平的相待。從最基本的中醫藥人才的培育，付之闕如；醫藥的研究及發展，都只限於點綴式的少少規模，好像安慰獎一樣，有一點就不錯了。

3. 健保總額線的情況，要求非醫師人員退出健保給付，期能維持一定的醫療水準。這種措施，我們也舉雙手贊成。可是衛生署及健保局，忽視中醫藥人才缺乏的事實。強迫式的規定，以現有藥師，只要修有中藥學分 16 學分，即可具有調配中醫藥的能力。不管實務上修完 16 學分的藥師，是否真有中藥辨識的能力。站在中醫的立場，我們花很高的代價，請一位實務上仍需從頭訓練的藥師，從事調劑的工作。若你是雇主，你會願意嗎？(我們曾私底下與許多藥師溝通，他們心聲處處顯示出，他們情願做西藥的調劑，也不願在中藥局待。因為中藥種類繁複，再加上中草藥飲片，需要繁瑣的炮製手續，有髒又累。柿子挑軟的吃，乃人性的趨勢無可厚非。)衛生單位根本無視於實務上的正確需求，只是一昧的硬性要求安插西醫培育人才，好像是硬要將西醫系統的人員，安排分享中醫的總額，可以減輕西醫總額的壓力。
4. 中醫藥人才的規畫、養成、訓練、乃至加入社會醫療服務行列，理應由國家衛生、教育單位、做有系統的推行。但一向由西醫系統訓練出身的人才，擔任衛生行政工作，因其對中醫藥的不瞭解，以及以往錯誤的認知：「認為中醫不科學」。從未加以重視中醫藥的研究及發展，更刻意忽視實際醫療市場的需求，也從不正式地對中醫藥需要的醫療團隊，正確地規畫一套完整的「教、考、用」措施，而是任由中醫自生自滅。實非有擔當的大有為政府，所應有的百年樹人教育大計。當下在迫於燃眉之際，才體認需要顧慮醫療法規的完善需求，急迫地將現有西醫體系的人才推給中醫使用。請問多年以來，我們的衛生教育行政單位在做甚麼？該培育的人才沒做好，人到用時方恨少？還把人才未培訓，歸責於中醫界無人可用，這所有的作為對中醫公平嗎？為何監察院糾正衛生署，忽視中醫藥人才培訓的糾正案，未見衛生署有任何合理的改善。刻意的忽視中醫，不是偏袒西醫是甚麼？

- 5.事實既已造成，我們中醫界既不怨天，也不尤人。只誠懇地希望我們的政府，能重視中醫界的人才培育規畫，完整的教育、訓練、考試，而至投入社會服務。中醫界雖小，但仍有其醫療市場實際的需求。如果政府能認真的、公平的尊重傳統醫學所擁有的社會民眾實際需求，對整個醫療體系而言，將臻於更完美。
- 6.99年04月15日，不才的我，參加衛生署有關中醫師監督中藥調劑人員的協調會，會中衛生署只一再堅持以現有的有照醫事人員為考量。中醫界的代表很婉轉地告知，藥師進入中醫院所服務，仍須從頭學習，不符合專才專用原則。更何況全國百分之七十的院所，門診量根本負擔不起藥師的薪水。藥師的量也不足以應付中醫院所需求，偏遠地區完全請不到藥師。沒想到衛生署在場的人士，竟然提議可以將藥師修習中藥的學分降為8學分，藥師的服務人數一定會充足。臨床實務都需要從頭學習，16學分的課程，竟然還可以降低修習學分數。何不乾脆，免學習只要是藥師即可上陣，問題是他們做得來嗎？他們願意做嗎？既然衛生署可以彈性推動修法給藥師方便，請問為何不修法，規範中醫界的現有人才。例如檢考及格的人士，給予相當的修習機會，規定限於中醫師監督之下，方可從事調劑中藥的資格。不能自己開業。畢竟中醫檢考及格人員，他們修習的中醫藥基礎知識，相較於西醫系統訓練出來的藥師，還要有更充足的中醫藥基本概念。對中藥的鑑識及調劑，更容易上手。
- 7.中醫界普遍認為，衛生署偏袒的原因在於，只要是中醫界所有的醫療處置，衛生署均可立法，方便西醫醫療體系的任何人員，經過簡單的訓練即可執行，包括西醫師只要修習中醫60學分即可參加中醫師國考、短期訓練即可執行針灸業務、藥師修中藥16學分即可調配中藥。但其所有的西醫藥儀器的運用，一概嚴格限制或禁止中醫界的使用，更不可學習或培訓。這種作法對中醫界公平嗎？難道是衛生署認定中醫界的人才都是傻瓜，訓練不起來，所以禁止學習。好像我可以隨意吃你的東西，但是你不能吃我的任一東西。這種行為是不是很奇怪？
- 8.我們很希望表達的重點，在於「政府能公平對待，尊重專業，不因自己不瞭解而全盤否定」。