

編號：CCMP93-RD-030

中醫師對中醫門診總額支付制度 之滿意度調查

陳立德

中國醫藥大學學士後中醫系

摘 要

實施中醫門診總額支付制度已逾四年，雖然學界的研究發現中醫師對該制度的滿意度偏低，但都不是全國性全區的探討。本研究目的是以全國六區與健保特約的中醫師為研究母群體，探討中醫師對該制度相關辦法之認知，以及對運作機制、審查制度、支付標準及整體評估等構面的看法。本研究於 93 年 9 月 14 日以郵寄問卷方式蒐集資料，回收有效樣本 1213 份，回收率 30.19%。結果發現：中醫師對健保浮動點值與總額分區分配辦法的認知最佳；但對十八項滿意度指標的滿意度均偏低，尤其是對總額各區分配依據滿意度最低，對現行中醫總額支付制度之整體感受的滿意值亦僅 2.37 ± 0.99 。

對本研究各項滿意度指標感到非常不滿意與不滿意者，幾乎全部均與受訪樣本之學歷、資格別、年資、執業院所別和職務、以及所屬健保分區等各項人口因子呈顯著相關；大學學歷、特考中醫師訓練、年資較淺者、執業於診所、為負責暨獨資醫師以及執業於中區分局的受訪中醫師對本制度非常不滿意或不滿意程度最高。

關鍵詞：中醫師、總額支付制度、滿意度

Number : CCMP93-RD-030

Traditional Chinese physicians' satisfaction of global budgeting system

Chen, Lieh-Der

China Medical University

ABSTRACT

The global budgeting system (GBS) encompassed traditional Chinese medical services since July 2000. But the prior researches had found that Chinese medical doctors (CMDs) in some regions were not satisfied with this system. These researches did not investigate all the CMDs.

The purposes of this study were to examine CMDs' satisfaction levels and agreeableness, and to analyze the effect of GBS on their practice behavior. The study was a cross-sectional questionnaire survey. The universe was all the NHI-contracted CMDs in Taiwan. Finally, 1213 subjects responded to the survey, with a responded rate of 30.19%.

The results revealed the CMDs' satisfaction levels ranked from medium to low, and the least satisfied indices were the gradual district allocation of budget. In addition, the findings indicated that subjects with bachelor degree, unformal Chinese medical training, less experienced in practice tended, and practicing in the central region of Taiwan are less satisfactory than their counterparts.

Keywords: Traditional Chinese physician , Global budgeting system, Satisfaction

壹、前言

台灣於民國 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險制度（全民健保），此一強制性社會保險是以全民納保、共同分擔風險的方式，提供全民平等的就醫權益⁽¹⁾。

開辦初期，全民健保醫療費用支付標準主要是採「論量計酬」，此一制度下，健保局獨自承擔財務風險，造成醫療服務量及密集度之大幅成長，致使 87 年醫療費用成長率為 11.3%，遠較平均投保金額成長率 5.7% 為高；但因政治等因素限制了保險費調整，衛生署眼見健保財務收支即將失衡，因而提出健保支付制度改革方法：(一)、合理控制總體支出，引進總額支付制度及論人計酬制；(二)、錢用在刀口上，引進論病計酬制度、改革支付標準及藥價基準以及建立以電腦檔案分析為基礎之審核制度⁽²⁾，希望在不影響醫療品質的前提下，讓醫療團隊參與，以增加醫團隊的專業自主性。

全民健保於開辦時即將中醫門診納入給付範圍，使得民眾對中醫醫療利用快速增加，中醫門診使用人次由民國 84 年（3-12 月）的 2207 萬人次，至 87 年成長至 2693 萬人次，分別佔健保總門診人次的 10.9% 與 8.6%；中醫申報費用佔總門診申報費用比率雖由 84 年的 6.5% 降至 87 年的 5.9%，但申報費用卻由 69.4 億元成長至 107.5 億元⁽³⁾。於健保財務漸出現財務危機下，加上中醫醫療系統相較於西醫醫療系統屬弱勢，無法取得合理的醫療服務費用，(如傷科、針灸等支付標準偏低)，致使「論量計酬」制度形成量的惡性競爭，同時支付標準無法反應物價，影響醫療院所正常經營，以及投資者介入及西醫醫院積極開設，競爭日趨激烈，中醫醫療服務終於走向總額支付制度⁽⁴⁾。

中醫門診自 89 年 7 月起進行總額支付制度試辦計畫，並依雙方共同研訂之品質確保方案，進行費用及品質監控，為保障民眾就醫權益，除由中醫師公會全國聯合會建立民眾申訴管道，每年並由健保局辦理民眾就醫滿意度調查。其目的與策略分別是：

一、目的：

- (一) 提升中醫醫療品質及專業自主性，
- (二) 促使中醫支付標準及服務提供合理化，
- (三) 合理控制醫療費用。

二、策略：

- (一) 透過集體協商，解決消費者與供給者利益之衝突，減少政治干預—由供給者、付費者、學者專家及政府代表組成的全民健保醫療費用協定委員會，在年度開始前，預先協定年度總額預算，透過協商機制，建立權責分明之組織決策模式，在資源有限前提下解決付費者和供給者利益之衝突；
- (二) 以預算引導醫療服務的提供，藉以合理控制醫療費用—醫療供給者在預知年度總預算下，將可發揮同儕制約之精神，使有限的資源能用在刀口上，促使醫療服務之合理提供；
- (三) 建立品質確保方案，並將民眾健康納入預算協商公式，鼓勵提升醫療品質；
- (四) 提高醫療提供者專業自主權；
- (五) 配合醫療網計劃分配地區預算（錢跟著人走），以促進資源合理分佈，醫療社區化，以逐步區域間醫療資源分佈不均之問題⁽²⁾。

中醫總額預算之分配是採分區制（六區），而為避免總額支付制度實施初期對中醫利用率原本即較高之地區產生嚴重衝擊（例如中區）、對中醫師收入影響太大，分區預算乃採八年、漸進式校正為手段，第一年之地區預算分配，95%依據各區保險對象在基期年實際發生之費用，5%依各區校正後之保險對象人數作分配，第二年至第八年保險對象人數分配之比例逐年依序增為 15%、25%、40%、55%、70%、85%及 100%⁽²⁾。但本制度實施至第一期第六季（90 年 12 月），申報費用點值即有台北分局及北區分局小於 1.0，低於總額支付制度實施之前，後續 91 年第二季中區分局亦跟進，從 92 年第二季開始，除了東區以外的各區給付點值均已小於 1.0，其中中區分局更帥先、且連續三季低於 0.9（表一）。為解決特約執業中醫師的反彈，因此，費用協定委員會從 92 年起，採機動緩進方式因應，93 年度地區預算分配的保險對象人數比例一項僅調高至 30%（該項目於該年度的原始規劃佔率為 40%）。

表一、中醫門診總額支付制度浮動點值

年月	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	全局
第一期第一季 (89.07-89.09)	1.1046	1.2045	1.0344	1.3841	1.2938	1.6837	1.1627
第一期第二季 (89.10-89.12)	1.0276	1.1227	1.0990	1.3179	1.1415	1.6352	1.1210
第一期第三季 (90.01-90.03)	1.1761	1.2656	1.2379	1.6832	1.3378	1.6713	1.2983
第一期第四季 (90.04-90.06)	1.0636	1.0736	1.1431	1.3963	1.1688	1.3281	1.1466
第一期第五季 (90.07-90.09)	1.0901	1.1752	1.1571	1.3921	1.3034	1.7884	1.1996
第一期第六季 (90.10-90.12)	0.9526	0.9984	1.0336	1.1571	1.1361	1.5532	1.0439
91 年第一季 (91.04-91.06)	1.0565	1.1368	1.0344	1.3106	1.2225	1.5087	1.1237
91 年第二季 (91.04-91.06)	0.9057	0.9436	0.9188	1.0326	1.0102	1.1695	0.9489
91 年第三季 (91.07-91.09)	0.9417	1.0423	0.9373	1.0717	1.0700	1.4663	0.9947
91 年第四季 (91.10-91.12)	0.9153	0.9980	0.9507	1.0967	1.0578	1.4684	0.9877
92 年第一季 (92.01-92.03)	0.9745	0.9838	0.9185	1.0700	1.0489	1.3521	0.9885
92 年第二季 (92.04-92.06)	0.9828	0.9068	0.8947	0.9898	0.9637	1.2303	0.9588
92 年第三季 (92.07-92.09)	0.8416	0.9384	0.8364	0.9470	0.9687	1.3503	0.9011
92 年第四季 (92.10-92.12)	0.9020	0.9622	0.8532	0.9870	0.9225	1.3563	0.9120

*資料來源：2004.12.12 取自中央健保局中區分局網站 <http://www.nhicb.gov.tw/>

雖然李玉春在對於實施總額預算國家的分析研究中結論說：總額預算配合適當之支付機制，可在不影響醫療品質及民眾可近性的情況下，達成合理控制保險年度支出預算之目標⁽⁸⁾，但國外多位學者卻指出，此一制度可能引發或帶來後續影響，如 Hurley 等人以加拿大為例，說明醫師的醫療行為會受到其他多數醫師的影響，因此，總額制度下的醫師會共同的增加或減少醫療服務提供量⁽⁹⁾；Bish 等人認為總額支付制度雖可有效控制醫療費用，卻很容易使各部門之間的分配額度僵化，進而阻礙各部門為追求更大效率的資源流動⁽¹⁰⁾；Donaldson & Gerard 亦指出，在前瞻支付制度之下，醫療院所有降低醫療品質以降低成本之傾向⁽¹¹⁾。關於此些論點，國內亦有相近的研究報告，如林芸芸在全民健保實

施前對全國醫師進行的抽樣調查指出：醫師預期全民健保實施後會減少收入、增加工作負荷、減少工作專業自主權、增加同業間的競爭、增加醫療糾紛、減少工作滿意度、降低社會聲望地位⁽¹²⁾，以及陳耀東以經濟學的觀點，比較有無總額預算制對醫師執業行為之影響，該研究結果指出：總額預算制度有可能會造成不完全競爭之體制環境，以及導致醫師決策上之扭曲⁽¹³⁾。

基於上述論點，總額支付制度實施後可能影響醫師的滿意度，亦鑑於醫師滿意度又會影響醫療品質，國內已有數篇針對首先實施本制度之牙醫師的滿意度、病患滿意度及醫療品質的研究，其中衛生署健保小組於牙醫試辦總額制度第一年所做的研究發現：實施前後病人對於牙醫醫療服務滿意度並無顯著降低，反而有些項目有所提升⁽¹⁴⁾；這是唯一顯示牙醫總額支付制度不會對醫療服務品質造成負面影響的報告，其他相關研究則偏於負面，例如：朱玉如指出：牙醫師與病患都認為影響牙醫醫療品質最重要的三個因素為「牙醫師的專業訓練」、「牙醫師與病患的溝通與互動」、以及「病患對治療結果的滿意度」，且都對全民健保實施前後牙醫醫療品質的提升持負面評價⁽¹⁵⁾；楊桂花對牙醫師進行總額支付制度滿意度調查中指出：受試醫師對專業審查合理性、公平性及尺度落差呈現負面意見，並建議牙醫事團體運用制度應透明化⁽¹⁶⁾；而廖翔舒則是以民國 86 年 7 月至 87 年 6 月之牙醫基層診所申報資料為研究對象，其結果指出：總額支付制度實施一年後，牙醫診所之申報總金額、數量及價格均有上升的趨勢，但是價格的成長大於申報數量的成長，可能是因為病人量的增加較不易，反而是在治療時選擇給付較高的項目居多，因此有價格成長高於數量成長的現象⁽¹⁷⁾；黃志峰亦發現總額支付制度實施後，健保申報金額增加者，其對健保給付項目與點數、總額認同、報酬滿意度、未來審查採電腦檔案分析及對總額制度整體滿意度皆呈正相關，意謂著牙醫師全聯會若能達到加大總額大餅、透過口腔衛生教育減少醫療需求、透過同儕制衡於合理利用醫療資源杜絕浪費與浮報，使每一申報點點值增加，將可增加牙醫師對總額支付制度的滿意度，亦可增加牙醫師對總額施行變革的配合意願⁽¹⁸⁾。

中醫總額支付制度後續於牙醫施行，相關評估探討之研究尚少，雖然黃東琪（2000）曾嘗試有中醫門診總額支付制度下的醫療品質建立指標與評估機制的研究⁽¹⁹⁾，以及林雨菁的研究指出：大部分中醫師認為中醫總額支付制度雖能有效控制醫療費用的上漲，不過現行支付標準及審查制度和中醫醫療品質的提昇，仍有許多改進空間⁽²⁰⁾；但學界關於中醫醫療提供者對該制度滿意度的調查則僅有三項：(1) 卓觀行銷顧問有限公司於 91 年受健保局委託執行之中醫門診總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查報告，其結果指出：中醫師對中醫總額支付制度之態度肯定⁽²¹⁾；(2) 應純哲對高屏地區 166 位特約執業中醫

師在中醫門診總額支付制度實施一年後進行滿意度調查，其發現：受訪中醫師對總額支付制度的滿意度偏低，其中最不滿意的指標是給付點數與專業醫師審查作業；總額支付制度對中醫師的執業行為沒有顯著影響；具有大學以上學歷、受過正規中醫教育訓練、或資歷較淺的中醫師對給付點數、專業醫師審查作業以及輔導機制的滿意度較低；平均每週看診病人數愈多的中醫師對專業醫師審查作業的滿意度愈低；單獨執業中醫師對給付點數的滿意度較聯合執業的中醫師為高⁽²²⁾；(3) 應純哲於 92 年針對隸屬於台北區、中區、高屏區 184 位執業中醫師的調查發現，受訪者對中醫總額支付制度中的專業審查作業與給付點數的滿意度偏低、對專業審查醫師遴選方式及申覆結果感到不滿意⁽²³⁾。

「滿意度調查」是政策或制度推展與評估改進的重要指標方式之一，全民健保施行過程是否順當，透過研究調查除了可以檢驗其內容之外，也可呈現可能助力或潛在阻力等相當因子或變數 (Factors or Variables)。

Lichtenstein 與 Linn 於 1984 年的研究證實⁽²⁴⁻²⁵⁾，醫師滿意度對病患有決定性的影響，且此兩者所形成的醫病關係更會影響醫療品質；Schulz 進一步於 1992 年證實影響醫師滿意度的三大因子包括了環境中的資源 (resources)、醫療專業自主性與醫病關係，而醫師收入是屬環境中的資源指標之一⁽²⁶⁾。當中醫總額支付制度實施滿四年之際，中醫師的收入已明顯減少，其對中醫門診總額支付制度的滿意度看法為何，醫病關係、醫療品質或執業生態是否因此有所改變，在在都是急需加以了解探討的課題，此即本研究之目的，而研究結果則可提供作為健保局及中醫界修訂、改進相關制度或政策時的參考。

貳、材料與方法

本研究是以台閩地區與健保局有特約執業關係的全部中醫師為研究對象。其原始資料是依中華民國中醫師公會全國聯合會所提供至 93 年 7 月 31 日止之會員名單，扣除其中未參與健保特約、重複登記以及姓名地址登載不全者而成。

因為採郵寄問卷方式進行調查之回收率普遍不高，為使研究之分析結果更具代表性，所以本研究是以全面普查方式來提高樣本數，於 93 年 9 月 14 日依前述原始資料寄出 4047 份問卷。扣除退回問卷表明是以自費看診、離職以及地址錯誤者 29 份，本研究母群體總數為 4018 人；而回收之 1227 份問卷中，未答或拒答項目過多者 14 份，故計有 1213 份有效問卷，有效回收率為 30.19% (1213/4018)。

本研究以郵寄自擬之結構式、半開放型問卷為資料收集的工具，屬橫斷式問卷調查研究法 (survey research)。問卷設計係依據本研究之目的，回顧相關文獻並綜合專家學者之意見編訂而成；內容分為四部份：(1) 對中醫門診總額支付制度的認知，(2) 實施中醫門診總額支付制度後對相關執業行為的影響，(3) 對中醫門診總額支付制度的滿意度；其評估指標包含運作機制、輔導審查、支付標準、整體評估等四大類，分別有 6 項、4 項、6 項、3 項問卷題目，(4) 中醫師個人基本資料；包括年齡、性別、教育程度、受訓背景、公會參與資歷、行醫及服務年資、服務院所別及與院所之資僱關係、執業院所所屬之健保分局別、未來一年和三至五年執業地點異動之意願等。問卷中有關滿意度的測量，是以 Likert's 五點尺度法計分，5 分表示非常滿意，4 分表示滿意，3 分表示普通，2 分表示不滿意，1 分表示非常不滿意。

本問卷之信效度檢測首先是採專家鑑別法，將所編訂之問卷委請相關專家就問卷項目的重要性和適切性進行修正、補充及評分，以平均同意度 (CVI) 80% 為基準，建立問卷之專家效度。另以再測信度法 (test-retest reliability) 邀請相同的十五位醫師、前後相隔十天連續填寫兩次問卷，計算兩次得分之相關係數以測定問卷的穩定性，檢測結果 (1) 對中醫總額支付制度的認知：Kappa 一致性係數皆達 0.41 以上；(2) 實施中醫總額支付制度後的影響：Spearman correlation 相關係數達 0.82 以上；(3) 對中醫總額支付制度的滿意度：Pearson correlation 整體相關係數達 0.98。而問卷寄出前亦經過預試 (pre-test)，以符合選樣條件的醫師為對象，修正問卷之文字、用詞。問卷回收後，即進行編碼並輸入電腦，將有效回收問卷與母群體進行樣本結構檢定。全部資料之統計分析是以 SPSS-pc 套裝軟體進行處理。

參、結果

一、受訪樣本人口因子分佈

由表一可看出，受訪樣本與母群體在性別、年齡以及資格別的分佈比例，經卡方適合度檢定並無顯著差異 ($p>0.05$)；而受訪者執業地點在所屬健保轄區的分佈方面，台北地區佔 23.6%、北區分局為 13.1%、中區分局 33.5%、南區分局 14.4%、高屏分局 13.4%、東區分局 2.1%，母群體則依序分別為 31.5%、11.7%、30.7%、12.9%、11.6%、1.6%，兩者之間經卡方檢定分析亦無顯著差異 ($p>0.05$)。

關於本研究受訪者的基本資料，以特考及格者的 59.4% 最多，而正規教育資格的學士後中醫系和中醫系人數分別佔受訪樣本的 26.1% 與 13.3%。中醫臨床年資的分佈情形為大於 8.0 年者佔 36.9%，介於 8.1-16.0 年者佔 30.1%，大於 16.0 年者則有 32.4%；目前於執業院所的年資則以 0-4 年者的 38.7% 最多，4.1-10 年的 31.5% 居次，大於 10 年者佔 29.5%。

89 年 7 月至 93 年 9 月間，受訪者有 17.9% 曾擔任過各地方中醫師公會之理監事，2.2% 曾擔任中華民國中醫師全聯會理監事，12.0% 曾任中保會審查醫師或幹部。至於在執業院所方面，以執業於中醫診所者的 74.9% 最多，而執業院所專任中醫師數則以 1 人者的 49.8% 佔最多數；職務方面以負責暨獨資醫師 52.8% 佔多數，值得注意的是負責醫師佔了 11.8%，此一職務別相對可以表示該些受訪者之執業院所的投資經營者並非中醫師資格（見表二）。

二、對中醫總額制度的認知

表三顯示，有 90.8% 的受訪者瞭解支付點值是採浮動計算方式，91.6% 能瞭解總額預算分配有分區，兩項答對率均高於其它對本制度之擬訂、執行或推動單位的認知；但對於 93 年度總額分配之人口佔率與費用佔率比為何，僅 9.1% 的受訪者答對，是答對率最低者。整體計算，受訪者答對 5 題者最多，有 25.0%，其次為答對 4 題者的 23.8%；答對 0-4 題者佔 50.1%，答對 5-8 題者為 49.9%，大約各佔一半；8 題全對者只有 0.8%（見表四）。

三、實施中醫總額制度對醫療行為之影響

表五為 89 年 7 月以前登記執業之醫師才需填寫，總計樣本數為 1017 人。與實施中醫總額制度前做比較，有 66.4% 的受訪者每週看診總時數沒有改變；

每週平均看診人數也以沒有改變者為最多，佔 41.6%，但有 33.3% 的受訪者每週平均看診人數減少 ($\leq 20\%$)，17.2% 減少很多 ($>20\%$)；而對每位病人的平均看診時間高達 80.2% 是沒有改變的，但有 12.5% 的受訪醫師是增加的 ($\leq 20\%$)。

受訪者每次開給病人內服藥的平均天數以沒有改變的 83.9% 佔最多；而每月申報醫療費用之核減率有 51.5% 沒有改變，19.8% 的受訪者表示核減率減少 ($\leq 20\%$)，但也有 15.1% 的受訪者的核減率增加 ($\leq 20\%$)，是呈現中間與正反兩端分佈的現象；另外，在負責醫師才需填寫的每月固定支出費用上，雖然有 40.8% 的受訪者表示沒有改變，但卻有 38.1% 的受訪者的院所固定支出費用是增加 ($\leq 20\%$) 的，而增加很多 ($>20\%$) 的則有 9.1%。

四、未來是否換區執業

本研究受訪者，在未來一年內不可能與極不可能換區執業或開業的人數佔 61.2% (742/1213)。而在未來 1 年之內不可能換區的受訪者中，有高達 73.8% 表示在未來 3-5 年之內也不可能換區；未來 1 年之內極不可能換區的受訪者中，也有高達 83.1% 表示在未來的 3-5 年之內也極不可能換區；由表六可看出，未來 1 年及 3-5 年之內是否換區執業或開業的分佈是偏向於不可能。

五、中醫總額制度的滿意度

受訪者對中醫總額制度的四大類滿意度平均值皆小於 3.0，偏向於不滿意，包括運作機制類的 2.76 ± 0.84 、輔導審查類的 2.60 ± 0.90 、支付標準類的 2.57 ± 0.78 、以及整體評估類 2.66 ± 0.93 ；對現行中醫總額支付制度的整體滿意度平均值亦僅有 2.37 ± 0.99 (表七)。

再將四大類中之十八項滿意度排序，前三位分別是第一的各相關單位、公會及委員會提供之訊息傳遞與溝通管道 (2.95 ± 0.96)、第二位的健保局的服務態度與支援度 (2.91 ± 1.00)、以及第三位的所屬中醫師公會在中醫總額支付制度下的運作模式 (2.92 ± 0.96)，此三項均屬運作機制類。

而最不滿意的三項則分別為：序列排第十八的中醫總額各區分配依據 (2.31 ± 1.07)、第十七位的藥費支付標準 (2.39 ± 0.93)、以及第十六位的專業審查結果的合理性 (2.44 ± 1.03)，三項依序分屬運作機制類、支付標準類以及審查輔導類。

表八是受訪者針對十八項滿意度指標，認為最不滿意、需要優先改善之開放式選填結果，每位受訪者依優先順序填寫三項。中醫總額的各區分配依據是

891 位受訪中醫師認為最不滿意且應第一優先改善的項目；其餘第二及第三優先最應先改善的項目，受訪者分別認為是專業醫師審查尺度之一致性和藥費支付標準。整體而言，這些應優先改善的九個項目有三項重複，大部份在全體受訪中醫師的滿意度排序都是在最後幾個順位。

再將各項滿意度與人口因子進行比較（包括學歷背景、受訓資格別、臨床工作年資、目前執業院所工作年資、執業院所別、職務別以及所屬健保轄區），結果發現各項滿意度與各項人口因子之間都呈現統計上的顯著差異，僅中醫總額的各區分配依據的滿意度與學歷和資格別兩項人口因子沒有顯著差異，以及藥費支付制度的滿意度與執業院所和職務兩項人口因子沒有顯著差異（表九，表十）。

再者，對現行中醫總額制度整體感受的滿意度與各項人口因子間的關係，均呈現統計上的顯著差異（表十一）。在不滿意或非常不滿意的受訪者中，受訪者的學歷是以大學背景者 54.1% 佔最多；資格別則是以特考中醫師訓練者的 54.9% 明顯高於正規教育養成者（包括中醫系畢業及學士後中醫學系畢業）；另外，對於現行中醫總額制度的滿意度有隨著臨床年資及目前執業院所年資增加而下降的現象（亦即年資愈淺者愈不滿意）；至於執業院所別及其職務方面，以執業於中醫診所的 72.2% 和職務為負責暨獨資醫師 51.0% 的分佈比例較高。

最後，對本制度的滿意度亦與受訪者執業地點所屬的健保轄區有關，同樣呈現出統計上的顯著差異，在非常不滿意或不滿意的受訪者中以中區分局的 44.9% 為最高；而滿意或非常滿意的受訪者，則是以南區分局的 32.9% 最多，其次為高屏分局的 26.5%。

肆、討論

實施中醫總額支付制度後的滿意度相關研究中，除了健保局官方的定期調查外，在本研究進行之前，台灣學界僅兩項、由同一學者分別於民國 90 年及 92 年針對健保特約中醫師所完成的調查，此兩項均屬局部區域之研究，樣本數分別是 166 份與 184 份⁽²²⁻²³⁾；而本研究乃全國六區的普查結果，樣本為 1213 人、回收率 30.19%。至 93 年 6 月，中華民國中醫師公會全國聯合會（全聯會）統計全國參與健保特約的中醫師有 3969 人；而本研究之回收率落在歷年來針對國內醫師所做的諸多問卷研究的回收率（16-52%）區間內⁽²⁷⁾；至於受訪樣本的健保轄區分佈方面，本研究以執業於中區者最多（406 人；33.5%；與母群體沒有顯著差異），其原因除了中區原本特約中醫師數就多以外，可能與該區的健保給付點值最低有關⁽⁵⁾。

在個人基本屬性的統計顯示，參與本研究的中醫師大多是大學以上學歷、以特考方式取得中醫師資格之中年男性，此一結果與應純哲於 2002 年及 2004 年所做的兩項研究比較，受訪者在學歷及年齡特質分佈非常相近，但在中醫師的資格分佈方面，則明顯可見經特考取得者的人數佔率是依研究的年代先後而遞減（中醫學系或學士後中醫學系兩正規養成教育背景者遞增），分別是 90 年、92 年的 76.5%、70.4% 以及本研究的 59.4%（22-23），此一變化應是現近數年來中醫師養成制度所產生的結果：特考中醫師錄取率大幅減少、中醫學系畢業生選擇執業中醫的人數增加、以及學士後中醫學系持續每年約有畢業生 100 人。

本總額制度開辦已四年多，本研究發現受訪者對其實施辦法的認知仍不足，其中尤其是對各項規定之擬、執辦單位的正確認知程度，雖然在擬定支付標準及專業審查兩項之答對率，高於開辦總額不久之區域教學醫院中的醫師，但此類各項認知度在本研究低於支付點值浮動計算與預算採分區分配兩項甚多的結果，則與前述汪昇展的研究相似⁽²⁸⁾，此一現象有可能會阻礙總額支付制度相關預期目標的達成，值得相關醫政單位與中、西醫各級團體重視。

另外，本研究 12.0% 與 17.9% 的受訪者，在本制度實施後曾分別擔任過地方中醫師公會與各區中保會審查醫師或幹部，理應有較佳的認知度，但對 93 年度中醫總額分配之人口佔率與費用佔率的分配比值，直接與支付點值有關，會影響中醫師收入很重要的變項之一，卻僅有 9.1% 的受訪者答對，遠低於幹部職受訪者在本研究樣本的佔率，亦是本制度各相關執行單位與主要參與幹部應檢討改進之處，是不夠用心？或是相關資訊的宣導傳佈不足、不夠透明？

中醫總額支付開辦第一年時，對高屏區健保特約中醫師各項執業行為並無

顯著影響⁽²²⁾，本研究統計發現全國受訪中醫師在每位病人平均看診時間、給藥天數、以及平均看診總時數，大部份也都與本制度實施前沒有改變，這是屬醫療品質提供的範疇；但其中看診總時數已有四分之一以上的中醫師有減少的驅勢，此一現象雖與開辦總額時間大約與中醫相近時之牙醫師的研究結果相近⁽¹⁶⁾，但中醫應與本研究顯示的平均每週看診人數減少有關，加上本研究將近二分之一的受訪者表示其每月固定支出增加，未來如果總額分配點值又持續下降，造成其收入明顯減少時，將會降低中醫師對本制度的滿意度，更恐會對醫療照護品質產生衝擊，這是國外相關保險制度已有的經驗⁽²⁴⁻²⁶⁾。

另外，醫療費用核減率在總額實施後，縱然有一半的受訪樣本沒有改變，但這是屬於分區獨立執行，標準可能不儘一致，所以本研究結果出現了增加、減少各約佔四分之一比率分佈的現象，雖可認定其屬總額制度同儕制約的必然，有助於醫療品質及費用的控管，只是此一結果亦會造成中醫師對本制度滿意度的下降，如果總額制度未來將繼續辦理，此兩者之間的利弊得失及執行方法或技巧應馬上進行評估檢討及修訂，因為，牙醫師的反應亦然⁽¹⁸⁾，而先前中醫師對總額支付制度滿意度偏低的研究報告中，除了已反應專業醫師審查是其中最重要的項目之一外，其對執行細節也已進行了探討與建議⁽²²⁻²³⁾。

本研究發現，受訪中醫師對本制度四大類、十八項的滿意度指標，全部都偏低；除了屬於運作機制類之總額的各區分配依據一項的滿意度平均值為 2.31，以及對現行中醫總額支付制度此一整體感受滿意值為 2.37 外，其餘各項的平均值也都低於普通 (3.0)，是介於普通與不滿意之間而偏向普通 (2.5-3.0)，而且此一全國性調查幾乎全部又都比 90 年與 92 年的滿意度低，該兩項研究分別僅是針對單區及三區進行抽樣的結果⁽²²⁻²³⁾。對此一警訊，本制度相關主管單位應快速有所反應。

至於對各項指標非常不滿意或不滿意之相關顯著差異變項中，本研究發現其受訪中醫師的特質是大學學歷、特考及格、行醫或執業年資淺、執業於中醫診所、是負責暨獨資醫師、以及執業於中區分局者。本結果在學歷、資格兩項與應純哲 (2002) 的發現有些出入，其研究指出：沒有大學學歷或是以特考方式取得執照的中醫師滿意度較高⁽²²⁾，這可能與其研究僅局限於高屏一區，以及該區執業中醫師之資格取得種類的人數比率為何有關。

最後，對本制度各項指標非常不滿意或不滿意的受訪者，與其執業院所所屬健保分局別均呈顯著差異，這是單區或非全區研究所未有的發現。本研究結果都是以隸屬中區分局的受訪者最不滿意，而相對非常滿意或滿意的分佈人數雖然都較少，但全都是以南區分局或高屏分局為最多，此一發現比證於國外相關經驗報導⁽²⁴⁻²⁶⁾，其最可能的直接影響應是與中區點值分配一直都最低，而另兩區都相對較高有關⁽⁵⁾。

伍、結論與建議

中醫總額支付制度已實施逾四年，中醫師對其滿意度隨實施時間漸久而有下滑的趨勢，值得相關單位加以重視。

中醫師對本制度最不滿意的主要標項，並未隨研究對象之範圍與樣本數的擴大而有大幅改變，還是集中在相關審查制度與各項支付標準方面；倒是本研究所呈現出對中醫總額各區分配依據的最不滿意表現，應是各區分配點值逐年下降後，喚起中醫師對本制度原始設計進一步探知後的反應。

因此，本研究最後針對此些不滿意項目，對本制度相關主管及執行單位提出建議，何妨考慮：

- (1) 打破總額分區分配，以固定之人口與費用佔率的方式進行全區統籌分配；因為各區既已執業之中醫師傾向於不轉至他區，原設計希望能分散醫師的目標，似乎無法於原預期的年間達成，但為繼續達成醫師在城鄉平衡分佈之目標，可將各區新增醫師數在前瞻調控分配的架構下，列為以下第(2)點之共同控管指標之一。
- (2) 在總額預算中，每年設定一定比率之管控績效額度（例如：佔 5 至 10 % 或更多、更少），以確保中醫所提供之醫療照護品質；此一控管指標為全區統一，應依相關反應及學界建議妥適擬定，以利落實執行、消弭現今出現之雜音或反彈；而此一費用則以分區評比結果，採優劣、多少之方式配給，甚至於可考慮評比最差之分區不得參與此一款項費用之分配。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP93-RD-030 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

1. 央健保局：全民健康保險簡介 2000。台北：中央健保局，2000。
2. 行政院衛生署：中醫門診總額支付制度規劃。台北：行政院衛生署，2000。
3. 李漢修：全民健康保險中醫利用概況簡介。醫院 1999；32（4）：15-22。
4. 劉見祥：全民健保支付制度之趨勢。醫院 1999；32（6）：15-20。
5. 中央健保局中區分局：中醫門診總額支付制度浮動點值。取自中央健保局中區分局網站 <http://www.nhicb.gov.tw/>，於 2004.12.12。
6. 梁淑勤：全民健保中醫門診利用之研究。台中：中國醫藥學院環境醫學研究所碩士論文，2003。
7. 蔡瓊玉：中區分局中醫每點支付金額趨勢預估及因應方式。於行政院衛生署，全民健康保險中醫門診總額支付制度運作機制暨均衡中醫城鄉醫療資源系列研討會記錄。台北：行政院衛生署，2002：91-111。
8. 李玉春：總額支付制度之國際經驗。台北：總額支付制度研討會會資料，1999。
9. Hurley J, Lomas J, Goldsmith LJ：Physician responses to global physician expenditure budget in Canada: a common property perspective. The Milbank Quarterly 1997；75：343-64.
10. Bish CE, Wallack SS：National health expenditure limits: the case for a global budget process. The Milbank Quarterly 1996；74：361-75.
11. Donaldson C, Gerard K：Economics of health care financing: the visible hand. Hampshire: Macmillan, 1993.
12. 林芸芸、江東亮：健康保險介入對醫師醫療行為的影響研究。台北：行政院經濟建設委員會，1990。
13. 陳耀東：全民健保不同支付制度對醫師執業行為之影響及比較。台北：國立臺灣大學經濟學研究所碩士論文，1994。
14. 全民健康保險費用協定委員會：全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯。台北：全民健康保險費用協定委員會，2000。
15. 朱玉如：牙醫師與牙科病患對牙醫醫療品質的感受與滿意度的探討。台北：國立陽明醫學大學公共衛生研究所碩士論文，2001。
16. 楊桂花：牙醫師對總額支付制度滿意度之調查研究。高雄：國立中山大學人

- 力資源管理研究所碩士論文，2002。
17. 廖翔舒：牙科總額制度對醫療價量之影響。台北：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2000。
 18. 黃志峰：牙醫師對總額支付制度滿意度之研究。嘉義：國立中正大學企業管理研究所碩士論文，2002。
 19. 黃東琪：中醫總額支付制度醫療品質評估之研究。台中：中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，2000。
 20. 林雨菁：總額支付制度中醫醫院門診醫療服務品質指標之研究。台中：中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，2001。
 21. 卓觀行銷顧問有限公司：中醫門診總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查報告。台北：中央健保局，2002。
 22. 應純哲、何永成、邱文作、巫雲光、楊桂花：中醫師對中醫門診總額支付制度滿意度調查—以高屏地區為例。醫務管理期刊 2002；3（2）：61-71。
 23. 應純哲、林美色、鄭惠珠：中醫師對中醫門診總額支付制度不滿意的癥結探討。醫務管理期刊 2004；5（3）：356-70。
 24. Lichtenstein RL：The job satisfaction and retention of physicians in organized settings: a literature review. Medical Care Review 1984；41(3)：139-79.
 25. Linn LS, DiMatteo MR, Chang BL, Cope DW：Consumer Value and Subsequent Satisfaction Rating of Physician Behavior. Medical Care 1984；22：804-12.
 26. Schulz R, Girard C, Scheckler WE：Physician satisfaction in managed care environment. Journal of Family Practice 1992；34：298-304.
 27. 林麗惠：基層開業醫師對全民健保之意見調查研究。台北：國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1996。
 28. 汪昇展：南部地區某區域教學醫院醫師對總額支付制度實施之滿意度研究，2004。

[\(3-10 圖表\)--CCMP93-RD-030.doc](#)