

第五章 中醫總額的自主管理

確保全民健保的永續經營，已然成為政府官員及平民百姓所關注的全民運動，甚至是國家維繫其正當性的政治目標。如果從現有制度架構，以兩個方向作思維：首先，總額制度僅是消極的手段用以控制量的產出；還是積極的手段，朝向自主管理的制度設計，能有效運用有限的醫療資源。設若從 CPRs 的定義來理解，「總額」做為醫療提供者的集體財，其實就是一種人為的資源體系。而在當前台灣醫療市場上，這種資源系統非但難以如自然資源般築道藩籬防止他人競逐，更重要者，在缺乏市場效率的制度設計下，由於沒有正向的誘因結構與政策環境的不確定性高，醫療提供衝量導致二敗俱傷的屢見不鮮，西醫基層就是很好的例證。

在管理 CPRs 的案例分析上，Ostrom 探索成功治理資源的八項設計原則，設計原則所指的是實際的要素或條件，可以幫助我們瞭解資源汲取者，如何在特定的制度下遵守使用的規則。另外根據 Ostrom (1990:53-54)提出有關分析不同層次上的 CPR 操作規則，又可從正式的集體選擇論壇(arena)與非正式的集體選擇論壇來理解，資源取用的決策可能來自一個或更多的論壇所產生。正式的集體選擇論壇包括：國家、區域、地方等官僚體系或法院系統；非正式的集體選擇論壇，則由民間協會、資源使用者團體。因此本研究所關注中醫自主管理的制度設計，並非僅在中醫團體內的制度運作，因為全民健保屬於國家政策，加上健保局掌有資源分配的權力，相關的健保局政策也會影響中醫的管理結果。

本章試圖提出 CPRs 的分析視角，以「總額」做為醫療提供者的集體財。為了使這類的分析具有一定的基礎，簡要概述 Ostrom 整理共有資源管理的制度原則在中醫部門的運作：1.明確界定的界限(Boundary)、2.收益與成本對稱、3.參與集體選擇、4.主動互相監督、5.施予分級懲罰、6.解決衝突的機制、7.對組織權最低的認可、8.分權管理等八項設計原則最後，試圖將上述原則整理為三大範疇，詮釋探討中醫總額制度運作的成效探討。

本章將採取編碼的整理的呈現方式，針對重要的主題選取代表句子，作為例證或以研究者的發現加以描述。每段句子則以編號的方式，方便搜尋受訪者資料與逐字稿的內容。本研究每段句子共有三碼：A1-A12。數字為受訪者的

代碼，第三碼則為訪談逐字稿中的頁碼，例如 A01：1 則代表受訪者 A01 其摘錄的內容在訪談稿的第一頁。

第一節 明確的界限

根據 Ostrom (1990) 明確界定的範圍是研究組織行動的第一步，集體行動的思維，往往涉及行動者間的互動與策略，不確定公共資源的範圍，存在的危險在於潛在或不確定的汲取者，破壞約定的使用規則，任意取用資源，將會影響其他資源汲取者對於使用資源的策略轉變。因此明確界定的範圍，對通常包含兩個部分，第一是對使用者資格的釐清，第二是針對資源汲取量的限定。

一、使用者資格的釐清

依照總額支付制度而言，主要可以分為大總額與小總額，大總額所指涉的是在費用協定委員會內，牙醫、中醫、西醫基層、醫院等不同部門整體的年度醫療總額；小總額則是以上述的四個部門各自從大總額所協商出來的各部門年度總額。本研究所指涉中醫部門總額支付制度的使用者，主要是指參加全民健康保險特約的中醫醫療院所，根據現行的中醫總額支付制度的劃分，宏觀層面可分為地理位置的分區、專業團體的分類。往下細部的劃分，又可以分為地方分會與健保分局等等，以下進一步介紹內部運作模式。

(一) 地理位置的分區

衛生署規劃以地區作為總額劃分根據，將不同區域資源汲取者，作明確的界定，並搭配在地的公會組織進行管理，除了能夠因地制宜的政策規劃，尚能給予地方公會相當的賦權。然而計算資源分配，主要採計全國指數，是否忽略與考量不同醫療分佈的特殊狀況，誠如受訪者 A09 所言「中醫有一個問題，就是分區，這個問題是來自於中區中醫師的密度比別人高」，需要加入其他因素調整。

推動按照各區風險校正後保險對象人數的比例調整，是因為社會保險的精神在於兼顧全體保險人的權益，並非保障特定區域，但是這六個由健保局所切割出來的虛擬市場，所面對的是地理差異大且人口結構在都會與鄉村地區不同病患屬性，使用同一標準的給付制度，當中醫既有的醫療分佈不均，以及投保

單位的歸屬產生誤差，都會影響不同區域所分配到的資源，是否貼合實際適用的疑慮，同時也將埋下衝突的因子。

中醫有一個問題，就是分區，這個問題是來自於中區中醫師的密度比別人高，當然中醫利用也比別人高，可是我們長期來講這是一個社會保險，不太可能長期都保障他那個區域，分區總額是勢在必行，當時大家在橋總額以人口來分配大概要佔多少，所以他們剛開使用很低大概 5%緩和的方式（訪談記錄 A09：60-61）

第二件事是台北市跟健保局告，因為你既然投保在台北市，那台北市政府要台北市的這個所屬的這些登記在台北市所屬的公司，不是登記投保單位在台北市的，就是我服務地點可能在別的地方，所以他的健保使用其實是使用在那個地區的區域保費，所以你的雇主的部分負擔依照我們現行的資料來講台北市政府啦。問題是他在這個地方服務應該要看他實際的服務處所跟活動的區就工作的區。結果後來台北市告贏，告贏了就是說，我們國家最高法院認定說，所謂的比投保人口數，以投保人口數所屬單位來劃分你的健保費負擔是錯誤的，那衍生出來就是用這樣子來分配總額的量也是錯的。（訪談記錄 A08：37）

從醫事服務機構的分佈方面觀察，表 11 歷年各分區院所數，顯示健保特約在中醫市場的佔率大約呈現正成長的趨向，2004 年底醫療院所共 2604 家，加入特約醫療院所總計 2556 家，特約率高達 89%。從整體醫療市場來看，中區診所總數從 1998-2004 年都是六區之首，比較總額實施前後院所成長率成長率從最高 1999 年的 9.38%到最低 1998 年的 6.48%，下降到都比總數平均成長率低，甚至在 2004 年呈現負成長，證明其在總額實施後，對於院所數量有所控管，但是 2005 年的成長率是 4.02%高過全國成長率平均成長率 2.46%，是否與試辦 95 年度新制分區方式有關，還需要後續觀察。

但是從表 12 歷年各區中醫師數與醫師成長率顯示，雖然總額實施後 1998-2003 年中區的中醫師數成長率都在平均值之下。值得注意的是，台北區從 1998 年總額實施後中醫院所數從位居全國醫療區域第二，躍升到區域醫師人數最多的地區，從其日漸拉近中區診所數差距的趨勢，1998 年台北區 970 人比中區 1036 人，到 2004 年台北區與中區都是 1215 人。東區也從 2003 年開始每年 6%以上的成長率增加，顯示醫療市場的配置可能發揮效用。

表 1 歷年各分區中醫院所成長率

單位：(院所數、%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000(總額)	2001	2002	2003	2004	2005
台北區	437	523(19.68%)	514(-1.72%)	528(2.72%)	569(7.77%)	590(3.69%)	621(5.25%)	672(8.21%)	693(3.13%)	717(3.46%)	716(-0.14%)
北區	225	234(4.00%)	236(0.85%)	241(2.12%)	241(0.00%)	256(6.22%)	274(7.03%)	290(5.84%)	299(3.1%)	315(5.35%)	318(0.95%)
中區	491	534(8.76%)	571(6.93%)	608(6.48%)	665(9.38%)	698(4.96%)	721(3.3%)	743(3.05%)	767(3.23%)	762(-0.65%)	794(4.20%)
南區	241	275(14.11%)	292(6.18%)	305(4.45%)	306(0.33%)	317(3.59%)	332(4.73%)	357(7.53%)	366(3.23%)	383(4.64%)	390(1.83%)
高屏區	196	250(27.55%)	268(7.20%)	281(4.85%)	298(6.05%)	326(9.4%)	342(4.91%)	354(3.51%)	374(5.65%)	378(1.07%)	397(5.03%)
東區	28	30(7.14%)	37(23.33%)	39(5.41%)	41(5.13%)	39(-4.88%)	45(15.38%)	44(-2.22%)	47(5.65%)	49(4.26%)	53(8.16%)
全國	1618	1846(14.09%)	1918(3.90%)	2002(4.38%)	2120(5.89%)	2226(5.00%)	2335(4.9%)	2460(5.35%)	2546(3.5%)	2604(2.28%)	2668(2.46%)
健保特約				1947	2012	2152	2269	2392	2475	2556	
特約占有率				84%	84%	86%	88%	91%	90%	89%	

資料來源：整理自衛生統計資訊網 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

表 2 歷年各分區中醫醫師數

單位：(人數、%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000(總額)	2001	2002	2003	2004	2005
台北區	642	808(25.86%)	843(4.33%)	880(4.39%)	950(7.95%)	970(2.11%)	1054(8.66%)	1179(11.86%)	1219(3.39%)	1216(-0.25%)	1252(2.96%)
北區	281	311(10.68%)	318(2.25%)	324(1.89%)	347(7.10%)	360(3.75)	407(13.06%)	437(7.37%)	449(2.75%)	469(4.45%)	490(4.48%)
中區	702	813(15.81%)	884(8.73%)	952(7.69%)	1023(7.46%)	1036(1.27%)	1097(5.89%)	1160(5.74%)	1172(1.03%)	1200(2.39%)	1252(4.33%)
南區	325	374(15.08%)	387(3.48%)	397(2.58%)	417(5.04%)	425(1.92%)	464(9.18%)	508(9.48%)	513(0.98%)	544(6.04%)	579(6.43%)
高屏區	269	355(31.97%)	382(7.61%)	410(7.33%)	428(4.39%)	465(8.64%)	498(7.10%)	530(6.43%)	555(4.72%)	572(3.06%)	603(5.42%)
東區	45	50(11.11%)	58(16.00%)	58(0%)	56(-3.45%)	55(-1.79%)	57(3.64%)	54(-5.26%)	61(12.96%)	65(6.56%)	72(10.77%)
全國	2264	2711(19.74%)	2872(5.94%)	3021(5.19%)	3221(6.62%)	3311(2.79%)	3577(8.03%)	3868(8.14%)	3969(2.61%)	4066(2.44%)	4248(4.48%)

資料來源：整理自衛生統計資訊網 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

（二）專業團體的成員資格

鄧振華（2002）研究發現中醫醫療資源與中醫醫療服務利用，彼此之間有正相關。換而言之，從每萬人口中醫師數我們可以合理推測不同地區因為中醫醫療資源會帶動醫療服務量的變動。衛生署衛生統計資料顯示，歷年中區每萬人口中醫師數，都比總體平均值高，尤其是台中市更高達平均值 4-5 倍之餘，相對於台北區的中醫師比率大約僅佔其半數，可以預想中區的醫療競爭必然相對其他區域嚴重，復以對應前述的理論，該地區的醫療服務量勢必高於其他區域。¹然而受訪者 A09 認為中區醫療利用率高，雖然是來自先天失調的醫療市場飽和，但是在進行管控方面卻出現漏洞，「譬如說你利用率是比別人高 5%，那也就算了，那是基本的，可是我成長還比別人高，這代表管控是比較鬆散的，不是那麼嚴格」。但是中區醫師數較多，醫療使用者就醫方便，其就醫率相對較高，因此若以平均就醫次數較高來推論中區浪費資源還有待爭議。

對於協商門診服務量，其實在醫療利用量上面，很重要的是醫師的分佈，所以他們全聯會一個很有趣的機制，每萬人口中醫師數，像中區太多他們就以紅燈，叫大家麥夠來（不要再來），來表示各區適不適合執業，用這個機制表來調整醫師的分佈，這是前端作的還可以，後端出現的問題，...因為前端他們抓的蠻緊的，有一些監控機制不錯，可是後來全聯會的機制有點鬆散，幾乎沒有開會，就會開始發生同儕制約喪失，各區會有不一樣的狀況，後來我們比較為什麼中區會有這麼大的問題，是因為利用率比別人高這也就罷了，問題是他利用率的成長率跟平均費用的成長率，都比別人高，我講的是成長率而不是數字，簡單來說，譬如說你利用率是比別人高 5%，那也就算了那是基本的，可是我成長還比別人高，這代表管控是比較鬆散的，不是那麼嚴格（訪談大綱 A09：61）

本研究所限定的資源使用對象是加入全民健康保險特約的中醫師，另外根據醫師法 32 條「醫師公會之區域，依現有之行政區域，在同一區域內同級之公會，以一個為限。但醫師、中醫師及牙醫師應分別組織公會。」，及第 9 條「醫師執業，應加入所在地醫師公會」。是故中醫師公會能夠以會籍系統建立成員身份，對於分享集體的健保利益，是第一步的限制。

醫療供給面控制而言，一則可取限制過多的醫療提供者繼續湧入醫療市場，二則促進醫療資源的流動。中醫總額支付制度實施後，各區分配到的資源是有限的，加上當該區的中醫師過多，難免發生粥少僧多的情形。若考慮既有醫療診所已經行之有年，受訪者 A08 認為讓這些院所離開的誘因不強，「一直

¹ 參見附錄四，台灣地區歷年每萬人口中醫師人數-按縣市別分。

到破 0.6 還有百分之七十的中醫師不走」，面對點值持續低落中區公會於是採取兩種策略，其一，由於中醫師都必須加入地方公會才能在該地職業，地方公會利用高額的入會費，提高門檻的機制壓抑中區居高不下的中醫師數。其二，運用公權力落實，中保會與健保中區分局的共同管理計畫，針對新診所與新增加的醫師執行嚴格的抽審制度，以政策阻嚇新增的資源汲取者。²根據表 13 歷年各分區中醫師數不難發現，中區的中醫師成長率，由總額前每年高於 7% 的成長率，總額實施後下降到低於 5% 左右的成長率。

...中區分局健保局的問卷，就是針對中部四縣市醫師，他問了很多問題，其中一個問題是點值破到什麼狀況你才會離開中部的這個區域？一直到破 0.6 還有百分之七十的中醫師不走...因為這些都是起碼在台中已經十年二十年以上的醫師，他房子在這裡小孩在這裡他怎麼走？所以健保局你要他走應該是用一些比較有公權力合法的，去規劃整個醫師數的成長跟遷入點，這個才是有辦法有效控制的。(訪談記錄 A08：39)

...現在公會都不要讓人家入會，你入會就要多繳錢 20、30 萬，但這是不成文的規定。...而且之後審查，我給你嚴格一點，他們其實自己也知道。這是沒有辦法的辦法。(訪談記錄 A02：12)

可是像醫師數的控制是需要一點藝術，因為那是人的自由意志。這要靠分會的制衡或是讓你的會員去資源過豐富的地方，從 94 年開始我們可以看到中區的醫師數跟案件數是真的有在作管控。(訪談大綱 A10：72)

綜上所述，全民健保實施後，中醫職業人數和中醫醫療院所均逐年增加，整體趨勢而言，台北區與中區的是主要集中的地區，因為存在醫療資源分佈不均的現況，當總額支付方式所營造的六個同質虛擬市場，其衝擊到資源的分佈，則容易產生分區間的歧異表現。中區分會除了在資訊上提供中區已經「亮紅燈」的燈號（代表禁止進入的意思），同時也採用高門檻方式去限定，更多新進的資源汲取者，緩和該分區資源汲取者間的緊張關係。

然而中區中醫醫療的使用狀態，受訪者 A12 認為「中區有一個很奇怪的現象，他們各部門在中區的點值都是比較低、利用率跟服務量都比較高，所以之前西醫基層說要退出健保也是在中區」。陳順義 鄭文輝（2003）觀察中區牙醫師出現衝量的情形，西醫基層也曾出現退出健保的聲浪，就醫療的替代性，中醫與西醫兩者間應該存有某種程度的消長，還是組織之間出現相互模仿的效應，這與總額制度壓抑服務量的目標相違，是制度出現問題還是協調產生爭議？中區是頗為

² 根據全民健保中區分局（2006 年 12 月 28 日），「第 21 次中醫總額聯席會議記錄」提出共同管理計畫表，凡是診所增加醫師、進入中區開業及剛畢業與特考及格的中醫師，將以加重審查與全審，作為提高診所的成本。

值得後續探討的地區。

中區的特性我猜可能有受到牙醫中區的影響，那個區域的醫師，在牙醫也發生過問題，中區牙醫的幹部跟大家說，這分配不公是不公平的，他們幹部說儘管去衡量，等到我們不夠我們去跟別人吵，叫他們多分我們一些，我是覺得說多多少少他們會互相學習，他們會受影響。(訪談大綱 A09：61)

中區有一個很奇怪的現象，他們各部門在中區的點值都是比較低、利用率跟服務量都比較高，所以之前西醫基層說要退出健保也是在中區。照理來說，中西醫都有，中醫屬於替代性醫療，通常一邊用的多，另一邊就要用的少，可是我們做過研究，他並沒有用的少啊，西醫的住院跟門診都是中區比較多，當然中區的中醫更不用說，高的非常的誇張。(訪談大綱 A12：81-82)

二、資源汲取量的限定

從上段瞭解透過使用者的資格限定，決定誰能夠從資源系統汲取資源，可以方便管理跟配置資源的使用效益。另外，從醫療資源的利用面來看。除了人員的管控，不同資源汲取者取得多少資源單位的控制也是明確邊界的重要條件。中醫團體透過兩種方式限定資源的汲取量，首先是固定的時間、其次特定的人數，

(一) 固定時間

本研究主要處理的是醫療提供者的，中醫的醫病關係與西醫有相當程度的差異，而固定就醫場域、過去醫療利用、醫師人口比健康狀況都會影響中醫醫療利用(趙偉翔，2002：37)。總額支付制度實施前，診療行為之所以出現衡量，主要是因為每次診療的價值都均等，醫師陷入多作多賺錢的心態。中醫師陳潮宗(2002)認為從可以反過來門診三十天者只可申報二十六天門診日數，較能抑制高產能之醫師分配更多之資源，這項提議讓中醫專業團體開始推動申報上限，使的醫師對於工作天數開始出現新的想法，26天的工作時間與費用受到比例保障，如果堅持高門診的醫師，醫療申請費用將有所折扣。

...申報的上限，在最近的時候通過，我們認為一個醫師一個月看30天其實不是很合理，都沒有休假，而且在醫療品質方面有蠻大的問題。我們有一個以26天為申報的上限，他的意思，不是你只能看26天，事實上你要天天看或看30天，我們都無從管你，因為他有他職業的需要。...第一可以誘導醫師休假，而且不是集體休假。第二，可以平衡門診很高的診所，少於780人的診所其實沒有影響，他本來就用不完，反正也是用第一階段算，所以我們稱這個為劫富濟貧，就是讓門診收入很高的醫師在打一次折，門診不高的人還是佔有利的分配，這當然是點值操作的一環，也隱藏著醫師合理性的休假。(訪談記錄 A03：15-16)

（二）特定人數

中醫總額制度開辦後，中保會 2001 年提出傷科申報合理量 60 人次超過則不給付，經過四年的觀察，2005 年又降低傷科申報合理量為 45 人次，實務經驗累積上，中醫團體盡量找出全國的平均曲線，創造合理量與醫療品質的雙贏。

理論上，我們談的內部的門診合理量，我們有兩種：第一種是診察分階段門診合理量，大概醫界、公共政策界、保險界比較能接受，實際上相當於國外的高額折付，只要你超過一定的量就會把你打折，可是他沒有這麼絕然的斷頭，例如做了六十萬就不付了，做了五十萬就不付了，這樣政策的不當，就會造成我剛剛說的，到了一定的額度，醫生就不看了。...第二個合理量是斷頭式的，屬於針傷科的合理量，也是月平均，是 45 人次當合理量，設計的理由是先算過全國的平均曲線，因為針灸跟傷科比較需要體力，醫師超過一定量，品質是有爭議的...（訪談記錄 A03：14-15）

第二節 收益與成本對稱

除了規定明確界定的範圍，瞭解資源汲取者如的佔用規則與當地條件的調和也是重要的因素。本節主要分析的部分：考量資源汲取者所處的社群特質、使用資源的單位是否能貼合資源系統所供應的條件，最後當資源汲取者間進行管理及相互約制時，他們所投注的努力是否有相對制度能夠的激勵他們繼續下去。

一、資源汲取者所處的社群特質

接續上節對於分配資源取用的討論，健保實施後，健保局為單一保險人的強勢買家，在價格上掌握高度的控制能力，尤其表現在支付標準的控制與費用審查，常常讓醫療工作者所詬病，過去是嚴格的審查方式刪減申報費用，控制申報的總量。

總額支付制度實施後，其最大的精神在於專業自主，也就是由不同專業的部門自行擬定相關的資源分配規則。事實上，中醫與牙醫在人數方面屬於小團體，在溝通與協調的成本相較西醫容易。加上因為團體成員的同質性高，以功能專科劃分並且主要都是以基層診所開業醫為主，因此彼此利益較為一致。例如，就支付標準而言，中醫部門可以透過專業授權的部分，重新調整不合理的支付條件，舉例而言，門診診察費若每位醫師每日門診量在 30 人以下，其點數將從總額前的 220 點調整到 230 點。其次，透過中醫團體的專業審查，能夠更清楚費用的支出項目，是否違反醫療成效的考量，審查機制能賦予更有意義的合理的指標，而非僅是抑制費用的手段。

最大的改變是過去沒有總額，最大費用控制的機制改變是費用審查，在 88-89 年健保危機的時候，完全是靠審查來管理費用，所以健保局，尤其是分局對醫療團體的介入是非常的深，這個是跟總額前差別很大的，如果你去看核減率，總額前很高，總額之後大部分的部門都是會下降，這是一個很不一項的地方，總額後專業團體自己負責專業審查（訪談紀錄 A09：65）

二、使用資源單位能與供應條件相一致

討論使用資源的單位是否符合地區所供應的條件，可以分成兩各區塊，首先就整體中醫總額分區的分配方式，其中涉及到投保人數的計算與人口結構的假定，其次針對分區內醫師數的醫療市場競爭。

可是投保人口都在台北，雖然即使你在台中上班，可是錢還是撥到台北去，那會有很大落差，健保局不願意用戶籍人口，戶籍人口會比較在地，(訪談紀錄 A11：75)

進而言之，當中醫總額分區的分配方式，是以同一標準套用不同虛擬的醫療市場，僅從投保人口數作資源調配，可能無法貼合不同地區的區域環境特性與人口結構。另外，醫療市場主要仰賴醫師專業診斷，源自於資訊的不對稱與疾病的不確定性，醫療資源的供需關係，存在醫師誘發行爲的可能，因此當該分區的醫師數多，加上採計論量計酬的支付方式，可能預想該分區的醫療利用將與醫師數成正相關。如圖 9 所顯示，中區與台北區的的醫療服務量是六區的前兩名，然而進一步以人口佔率來劃分，中區的醫療利用屬於最多。但是面對合理化醫療使用與資源配置的雙重要求，政府及專業團體應採取何種手段以節制這種不理性的困境，成爲迫切解決的問題。

基本上總額這個大帽子已經蓋了，如果不能減少不必要的量，總額是一定會失敗的，有以下情形可能會失敗：財務跟總額的扣連機制，需要獲得解決，目前這部分的困境蠻大的，所以二代健保也在解決。第二，如果醫界服務量不能減少，而費用還是以論量計酬，那也一定會失敗。(訪談紀錄 A03：15)

...從還沒有公保、勞保，甚至現在的健保以前，其實整個中醫的利用率跟中醫師的數值，跟整個醫療資源的醫療服務點值的總數來講，我們現在健保總額的點數，整個醫療的服務量，其實大概在中區是最多。(訪談紀錄 A08：35)

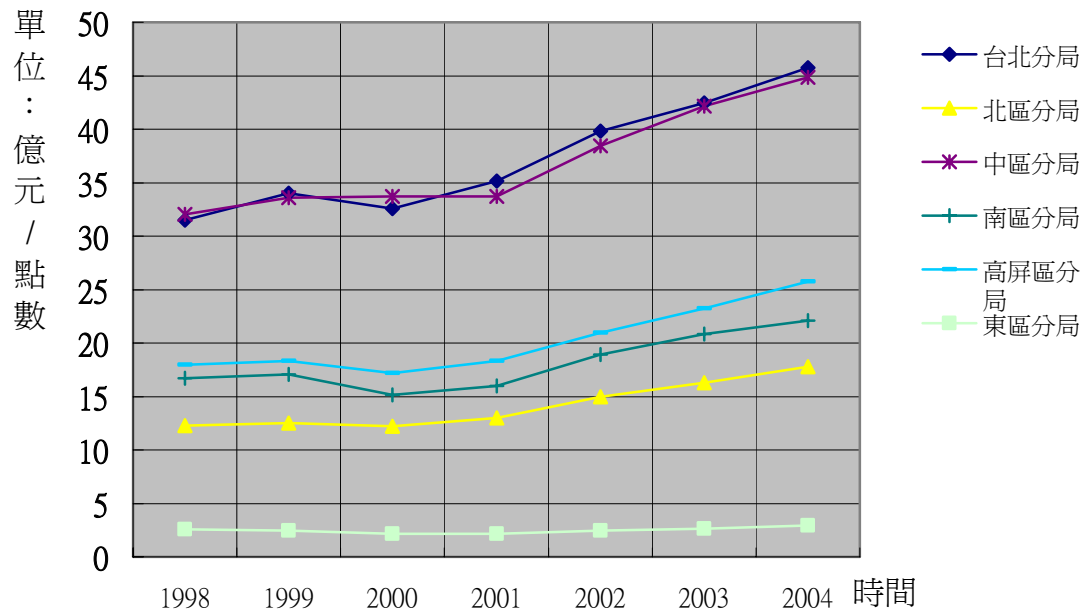


圖 1 歷年各分局中醫醫療費用申報數

資料來源：整理自衛生統計資訊網 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

註：1998-2001 以金額計，2002-2005 以點數計

三、獎勵機制

承上所述，中醫中區除了費用申報居高不下加上醫師人數眾多，因此對於抑制費用的成長，有更高的壓力，因此中區需要更急迫有效率的管理方式，例如 26 天計費方式。從圖 10 可以發現總額實施前核付率幾乎都低於 0.99，尤其在 1999 年的比率各分區都普遍都是歷年最低，但是總額支付制度實施後，中醫整體的費用的核付率呈現上升，除了代表其所管制與專業審核具有成效，對於中醫團體內部也有鼓勵作用，目前專業核扣的部分是回到大的中醫團體內部，如果能建立回饋到積極管理的地區，將這筆資金作為鼓勵其他遵守規則的醫師，或者作為分會的鼓勵金，將可以激勵該分會繼續努力管理。

...我們中區最先實行。不是從台北公布下來，是公會開會通過，認為這樣比較好。有一些老醫師，就會一直看，因為他覺得星期日還是會有患者。其實開始阻力很大，還被公平會罰錢，因為之前公文發錯，強迫禮拜天休診，因為那時候想法很簡單，就休息。可是公平會說不行壟斷，被罰了 80 萬。(訪談記錄 A04:21)

這個時間你專業核扣的部份我們希望是回歸到各地區的人，阮(我)這邊扣住了，阮(我)在管控，我們在管控，所以這個錢扣的你不應該拿到另一個大的地方去審。(訪談記錄 A08:46)

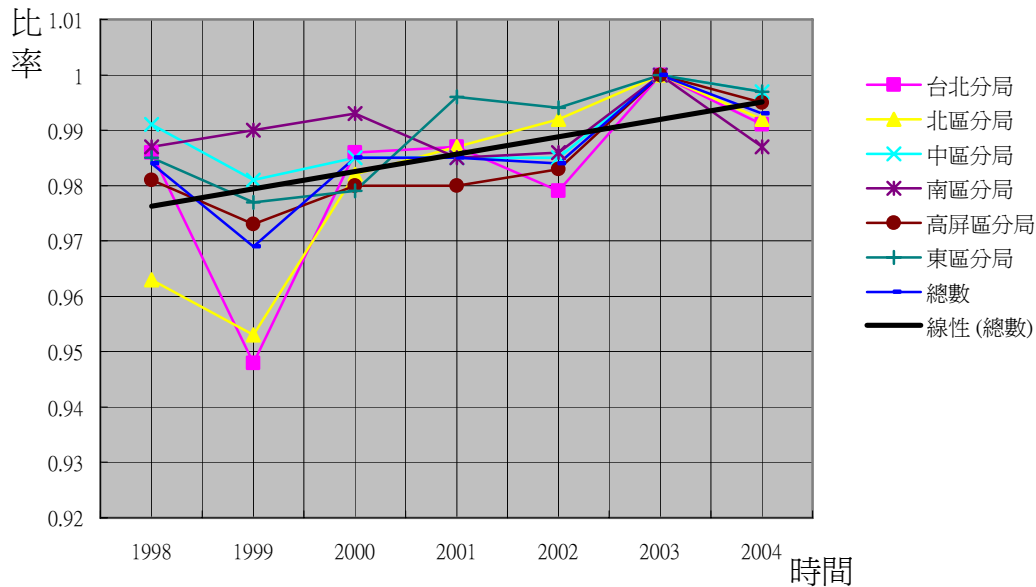


圖 2 中醫醫療費用核付率

資料來源：整理自衛生統計資訊網 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

除此而外，費協會爲了鼓勵醫療品質的維持與推廣，則有特定的款項及政策推廣可以誘導醫療供給者往提升醫療品質方向努力。³對於個別中醫師而言，可以透過醫療品質的專款，得到直接鼓勵，提供制度的選擇性誘因，表現優良與表現不好的會獲得差別的待遇。

...我們每年有所謂的醫療品質的專款，如果你沒有被違規記點，大家就可以來分這個錢。...或是有一些規定程序，針灸可以多申請 15%，但是如果你有違規記點，你就不能申請。(訪談紀錄 A04：24)

³爲了避免在限定資源下，犧牲民眾的就醫權益，因爲在費協會特定醫療品質的保證款項，中醫提出相關品質提升的案件，例如無中醫鄉的醫療推動，則能夠在協商條件中獲得多餘的資源與費用，這也是總額實施避免品質低落的配套措施之一。

第三節 參與集體選擇

中醫專業團體過去服務的對象，僅是以服務會員為主，總額支付制度實施前，各公會的聯繫並不強烈，很多業務缺乏專職人員的聘僱。

以前這個團體好像比較沒有重心，所以他主要是服務會員，業務比較沒有那麼多，他都是各個公會選出一個代表到全聯會，所以業務上沒有這麼健全。他要有品質保障的部分，就要找人來研究。(訪談紀錄 A02：7)

同儕制約中，決策過程必須重視雙向互動，並透過誘導的機制，達到資訊的公開化，藉由降低資訊的不對稱，提高成員接受以及配合的程度會，也能增進成員對於其他行動者的可預測性，增加理性使用資源的可能。尤其在點值低落的時候，更需要舉辦說明會與輔導，分析目前的困境發生的原因，以及提供解決方式，讓組織的行動與成效可被看見，否則很容易限於各說各話的局面，成員容易對組織的管理不彰感到不滿，組織成員也覺得自己作得很辛苦卻毫無鼓勵的機制。

我們為了讓大家熟悉這些東西，不是只是透過業務員的傳遞，或是私下的以訛傳訛，我們盡量做到資訊的透明化，第一，所有的指標，我們一定會公告，寄公文。第二，我們每一年都會辦說明會。前一陣子，點值掉的很低的時候，大概只有我們分區敢辦說明會。因為說明會才能解決大家的不滿會疑慮。有些幹部就很怕，因為作的要死，還要被罵的要死。像我們這個分會講的很詳細的很少，有些幹部會想，我作的要死還被罵這樣情何以堪。我們分會（台北）定期作說明會，我們的規定是說，如果你連續兩次不來，我們會把你列入抽審的指標，這是互相，你要我辦，你又不來，你不來我辦了也沒意思。這樣是必須雙向，你要享受免審的，你就是一定要來。...除了公告、說明會、網站，現在還有輔導的機制，就是對於同一規範始終沒有有效的，我們不可能每次把他砍的光溜溜的，也沒什麼意思。我們會請他到會輔導或者派員輔導，一方面派員或請院所到中保會或請地方公會協助，從三個角度來輔導。(訪談記錄 A03：16)

台北區運用抽審當作鼓勵的誘因，降低中醫師對點值的疑慮，甚或對總額制度的瞭解，強化同儕制約的約束力，正巧可以提供深受點值低落之苦的中區管理

階層，暢通成員間資訊連結的借鏡，而非僅是靠關係取向，或被動的接收者，正向的誘因可以讓成員轉變成積極的參與者。

學長學弟還是會常常聯絡，例如一些公告看不懂的，例如什麼要報 26 天，就會一起討論。全聯會有會刊，各公會也有會刊或是一些訊息出來。...不然也會有人來告訴我們。例如現在台北分會理事長○理事長就是我的學弟，他是第四屆的，我跟他很熟啊。(訪談記錄 A04：22)

第四節 主動互相監督

一、檢查公用資源狀態與汲取者行為的監督者

(一) 健保局

透過點值的預估提供控管的指標，當健保局藉由每個醫療院所每個月還是有資料申報上來，進入相關倉儲系統，但還不是最正確的值，因為當中一定會有核付、申複、以及不合格的案件會有核減。這些都還沒有完全確立，只能算推估但是他至少有一個初步的型態，可以提供中保會及分會作點值的管控與警示。

我們總局自己有一個點值預估小組，在實際點值還沒出來之前，就會作推估。告訴對方目前是什麼狀況，每一個月都會有推估的狀態，我們點值每次都會發出推估，例如說我們一月發出推估，分區二月你們就知道要怎麼控制，二月如果出現狀況，三月要如何管控，一季通常是三個月，所以不能在四月就知道第一季的點值，因為有一些資料，是對醫療院所有一定的寬限期，讓他申報上來，所以如果平常沒有管控他，第一季的資料，大部分是七八月份才會知道，但是這樣一年都已經過一半，這就太晚，所以我們有每個月推估。(訪談紀錄 A10：66)

(二) 中保會

審查機制屬於專業授權關鍵的一環，這些規則的訂定應是由同儕相互協調、溝通、討論，考慮不同層面之後落實，其中有關審查標準的制訂、專業審查醫師的聘任、異常院所的輔導，都是表現醫療團體自主管理。由於審查標準涉及每個院所的收入以及專業團體公信力的確立，如何建立審查標準的共識性，中醫

開始有了新的方向，希望透過審查指標來取代個案審查，一方面降低人為色彩，一方面可以節省審查醫師的人力與物力。⁴這些資料也可以反饋到管理方式的調整以及顯示目前總體的醫療現狀。

在台北分會的審查醫師制度提供一個可資參考的方式，即以公開徵選的方式將過程透明化，跳脫健保局與地方公會各派一半的選任方式，讓審查醫師成爲一個獨立的單位，降低受到原本產出的中保會與健保局推薦的影響。

當各分區選出審查醫師，還需要經過兩個階段，首先是中保會的審查醫師訓練，藉由經驗傳承與意見溝通，希望可以建立一致性的審查標準。之後，再送往健保局作資格的認可，通過以上兩個階段，則可以派任到各分局進行審查事宜。

我們也有接受健保局的推薦，只是我們實施的是公開徵選，我們避免只有推薦，推薦的話，誰都可以推薦，當然我也可以自我推薦。現在我們是有評分考試。(訪談紀錄 A03：17)

詳細的審查醫師遴選...原則上他是由各個分區的中保會推薦的。那他怎麼推薦，他可以請，發公文給比方說中區，台北區也一樣，發公文給四縣市，會員你可以自我報名或者是你由公會裡理監事推薦，任何一個方式都可以；那中區在遴選以後再送給全聯會，全聯會就辦一個審查醫師訓練，及格以後他還要跑健保局，及格以後他再來驗名單再給健保局，健保局再來認可。為什麼要認可？因為我們審查醫師有講說，你不能違規，你不能違反健保規定，而健保局32、34、35 或哪一條的哪一條規定，你有被停約，或不行，你的診所的申請金額太高不行。大概我們有相關的這些規定，所以你受過這些訓練，資料都 check 好了，再由全聯會發聘書，然後再派到各個分局去當審查員...(訪談紀錄 A08：44)

缺點就是審查醫師的品質比較難掌控，因為健保局比較嚴格，但是我們是公會，因為他可以推派他認為適任，如果有不適任的，可是同儕又要和諧，而且有些人覺得只要不違規有來上課就可以，但是個人的標準也很難判斷，審查結果就會不一樣，其實比較好的的是大家一起來訂一個審查標準。(訪談紀錄 A08：44)

⁴ 目前所採取的方式爲檔案分析，也就是透過申報資料作統計分析，以監測病人治療流程以及同質醫院院所之診療型態，用以偵測不合理的就醫、醫療服務或不合理的申報狀況，若能以指標型態針對異常個案審查，可以將個案審查轉變爲整體診療型態的審核，將可以提升審查的一致性與合理性。

總額支付制度實施後，中區分會受到資源重新配置的影響最大，因此該分會透過積極找出指標作規範，降低不合理的門診量，並推廣到其他分會使用，例如隔日刷卡的審查指標。

...違規扣的部份，那除了我們講的行政核減專業核減跟違規扣款的部份以外，還有一個就是我們中保會總額以後中保會的，我們會訂很多指標，很多指標比方說我們去年最精采的是扣將近四千萬，我們去訂一個叫做隔日刷卡。(訪談紀錄 A04: 47)

二、汲取者本身

(一) 全聯會會員檢舉申訴作業

根據中保會會議通過，爲了確保中醫門診總額支付制度實施，以同儕制約的方式維持資源的分配性與合法性，中醫師公會全國聯合會的會員可以向各中醫醫療院所、本會會員、各級中保會及其幹部、各級公會及其幹部提出檢舉或申訴，處理檢舉申訴小組的成員由中保會聘任之。

(二) 容易取得監督的資訊

如何讓監督的機制發揮，首先第一步是資訊的公開化，例如現在的資訊平台，診所透過健保資訊網服務系統網站(VPN)，能夠將量化的數據，讓院所可以在網站上查詢，可以讓資訊透明化，其次，地方分會與分局也可以將共管會議的內容，放到網站上提供該區的成員得到最近的協商或管控指標。

健保局的網站，用 VPN 連線，現在這個就是每日上傳，我們的軟體都設定好了，這個軟體是我們自己買的，你可以自己選擇。裡面有直接連到健保局的網站。現在醫師都很忙，要門診又要上電腦軟體的課，現在都要符合規定。輸入代碼跟密碼，每天都要上傳，裡面都已經設定好，每天用 VPN 連線。其實這樣也好，不然以前都很麻煩都要用手去動，也會怕操作錯誤，現在越來越方便只要按按鍵就可輸入進去 (訪談記錄 A05-26)

還有我們網站有些訊息公開，像我們共管會議，把這些資料放上網站上。(訪談記錄 A06-31)

最後，相關出版物有中醫會訊的資訊流通，除了定期公告總額點值、查處名冊，也提供法律專欄與總額專欄，同時在全聯會網站也提供電子期刊與中醫總額支付制度專區（中華民國中醫師公會全國聯合會網站）。

第五節 施予分級懲罰

一個團體或制度能夠有效運行，必須建立在選擇性的誘因，亦即對於符合團體規範的行為能夠獲得鼓勵，至於違規者將會受到處罰，前者稱為正向誘因，後者稱為負向誘因。這同時也是建構團體成員對其他行為者預期的作為的正負增強，換句話說，制度不僅是規範醫療行為同時形塑個別行動者對整體產出的預期結果。

根據全民健保中醫門診總額支付制度醫療費用控制管理辦法實施要點(中華民國中醫師公會全聯會，2001)，地方中保分會可以根據該要點，制訂分區費用管理辦法，以下為共同的管控指標：

- 1.對單一醫生每月申請金額排名於各分區前百分之五且申請給付金額超過各分區規定上限者。
- 2.對單一醫師每月申請金額較去年同一月份申請額度相其成長率排名於各分區前百分之五者。
- 3.新開設醫療院所，每位醫師申請金額超過當月各分區平均值二十%以上者。
- 4.對單一醫師平均每件申請金額佔各分區前百分之五者。
- 5.對二九案件中開藥比例超過申請案件百分之七十者。
- 6.對單一醫療院所專任醫師日平均針灸傷科合計申報人數超過六十人次以上者。
- 7.以上各款所列指標於醫療資源缺乏地區或醫療低利用綠地區得另行訂

定不在此限。

違反上述的控管指標時，表 13 顯示全聯會與健保局的所訂定的懲罰，依情節之分而有不同的差別，而依照其性質與處罰程度在地方與中央作懲處。前者的條件是在可以輔導與糾正的範圍由地方自行處理，舉例而言醫療院所的診療模式異常，其檔案分析結果分佈於平均值的兩個標準差之外，由中保會開會討論其決議後個別通知，如不接受中保會之判決，持續提供不良診療行為者，將予以建檔甚或公布在當地中醫媒體（根據中醫輔導辦法）。

我們在輔導花的力量蠻大的，診所對輔導的大概有兩個狀況，第一就不特約，第二就是不斷的 REVIEW 他，從他的病例寫作等等，透過同儕的規範，當然請審查的醫師，不斷的追蹤，當然就可以收到一定的影響。第一是品質會提升，第二就是用同儕的力量，這也是總額的精神（訪談紀錄 A03：17）。

例如超蓋健保這種不用講，一定是停約，這是有情節的輕重，就像我剛剛講的，這要看病人情節的需要，在病人講的他是真正有需要，這樣你也不能說是虛報，是我覺得涉及到浮報，有時候就要涉及到專業的介入，這種專業的介入，比較不會用查到說，如果有是不是需要的，這種專業審查，我們抽的是有限，我們就會有全審的概念，就是對診所，你要不要全部把資料送來，讓你自己先承認看你自己有多少比例是不合適或是怎樣，把錢扣掉，這個要考量的很多，除了我們行政的人力。或者說是專業審查的回推，比如說一家診所報了 1000 件，我們用抽樣的方式，用電腦跟人去審，他會先排除誤差值，用一套公式去計算，所以會從裡面扣錢。（訪談紀錄 A06：32）。

表 3 審查/處分方式與執行單位

處罰執行機關	處罰提報機關	處罰方式	處罰依據
地方性質	健保分局的醫審分會	1.刪減費用 2.輔導 3.糾正	醫療服務審查辦法
	中保會分會		中醫師輔導辦法
中央性質	健保總局醫審會	4.停止合約 1--3 個月 5.終止合約 6.移送法辦	醫事服務機構 特約及管理辦法
	中保會		

資料來源：修改自中醫總額支付制度規劃，2000：97。

第六節 解決衝突的機制

一、地方性的公共論壇，解決專業組織成員間的衝突

中醫全聯會下設各分會，可供該分會解決地方性總額事宜，除此而外，全聯會還有共管會議的機制，也就是透過六區分會的執行長，針對不同區域資源分配作協商，提供更多的資訊互動平台。

全聯會有個共同管理小組，共同管理小組是很簡單的，就是全聯會派一個秘書長副秘書長執行長以外，還有六區的主委要來，六區的執行長要來，各個分區的執行長也要來（訪談紀錄 A08：46）

二、地方性的公共論壇，解決專業組織成員與官員的衝突

關乎資源配置與使用，總額支付制度形成兩個可能衝突的面向，一則政府與醫療團體，二則，醫師與醫師之間服務量的共用。過去總額未實施前，政府與醫療團體是上下對立的關係，其根源政府對於醫療市場的介入加深，總額制度則是希望透過相當的授權，達到權責相符風險均沾的效果，雙方互動的模式也有所轉變，對於診所的輔導機制，雙方藉由共管會議達到資訊的互通並消除

疑慮，在管控方面也能較有共識，舉例而言，中區健保分局跟中保分會之間的共管模式可分為：共管會議、資訊互通、針對異常診所共同輔導，但是目前並沒有出現仲裁地方成員與官員的機制，可能如同受訪者所言，因為目標一致，共管會議中溝通協調的形式就足以解決。

可能會有意見不同，就會溝通協調，不需要找第三者，因為我們的目標是一致的，對於輔導，因為總額關係到他們點值會受影響，所以比較不會產生什麼問題。(訪談紀錄 A06：31)

他們的參與度會更高，因為總額是關係到他們的 income，如果大家都抱著衝量，點值就會下降。舉個例子，過去總額實施之前，我們會對就診次數太高的病人會抽樣出來看，這些的理事長會來說，叫我們不要這樣抽，因為病人有很多需要之類，總額之後這個現象他們就比較不會，也會覺得有些人量衝得太高必須加強管控，他們希望我們更嚴格一點管控，我覺得的蠻明顯的不一樣。(訪談紀錄 A06：32)

三、仲裁官員與專業組織成員的機構

總額制度實施後，對於醫師間的互動關係，卻產生正反兩面的效果，有的基層醫師認為能夠自我管理，跳脫健保局的管控，對全聯會較有認同感，同時也認為全聯會較為專業。

健保局的態度會比較差，中保局會比較客氣。健保局都是外行的，專業的他都不懂。比如說，我講一個最簡單的，如果我開了加味逍遙散，健保局就會刪掉，他覺得男生怎麼可以吃加味逍遙散，他不懂阿，這是顧肝的，可是中保會就會懂，因為他們是專業的，中保會審的比健保局好。另一個就是看目標，健保局的目標，也是看量，如果你太突出就會被叫去喝咖啡 (訪談紀錄 A04：22)

當特約院所對初審的核減不服內容進行可在地方層級的健保分局進行申復。從圖11爭議審議案件解決流程圖，程序問題交由行政人員執行，專業問題交由另一位審查醫師，通常審查醫師由該區中保分會派任。若對複審結果仍有不服者，得向轉向中央層級衛生署的爭議審議委員會（簡稱爭審會）提出。案件則由爭議審議委員會聘請之審查醫師與初、複審相同的審查依據，由爭審會自行選任

的另一位醫師再一次判斷，作成初審意見後提爭議審議委員會決議之，如果申請人還是不符審定的結果，則可採取行政爭訟的途徑。

雖然法律明文規定院所不符初審結果可提出申複，但是院所可能會考慮時間與人力的成本，來處理相關的事宜，其結果與實際發生對審查不滿的院所數可能有段差距，但從總體的趨勢觀測，還是能大略推估醫療爭議的數值。

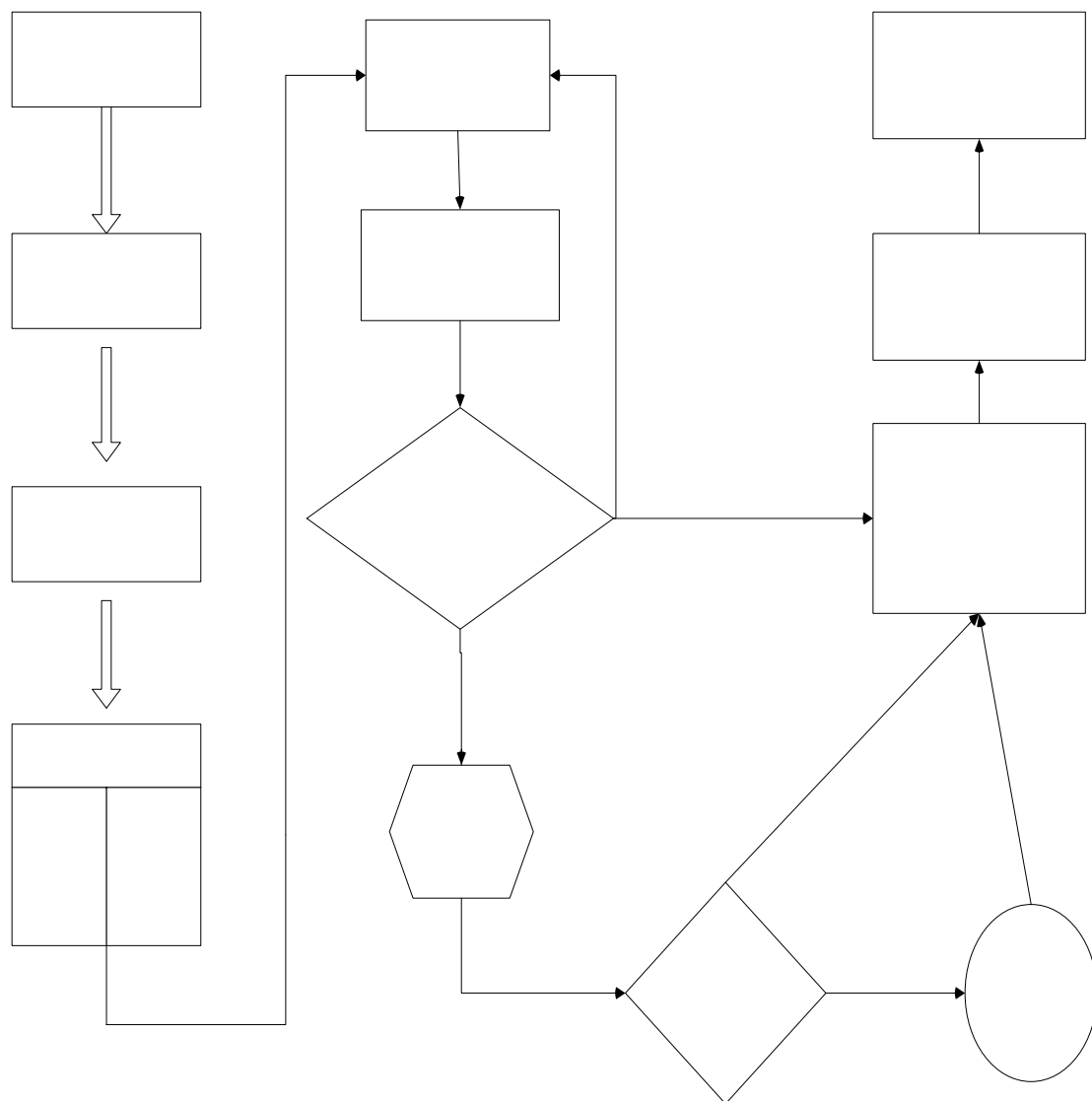


圖 3 爭議審議案件解決流程圖

資料來源：修改自爭議審議委員會 <http://www.dmc.org.tw/index.php>

特約醫療院所

申複案件量與駁回率的變化與爭審案件量的變化分析，總趨勢與各區趨勢的變化，是否有因為總額支付制度上升或下降，並追究其原因。尤其是中區與台北

區自主管理的精神在於有效降低協調與衝突的成本，根據圖 12 資料顯示，中區爭議審議案件量從總額實施後記開始上升，2004 年高達 800 餘件可能與其點值低落的原因有關，後來中區代表也醞釀上街頭抗議，爭議審議案件也許反映當時中區對於制度的不滿。

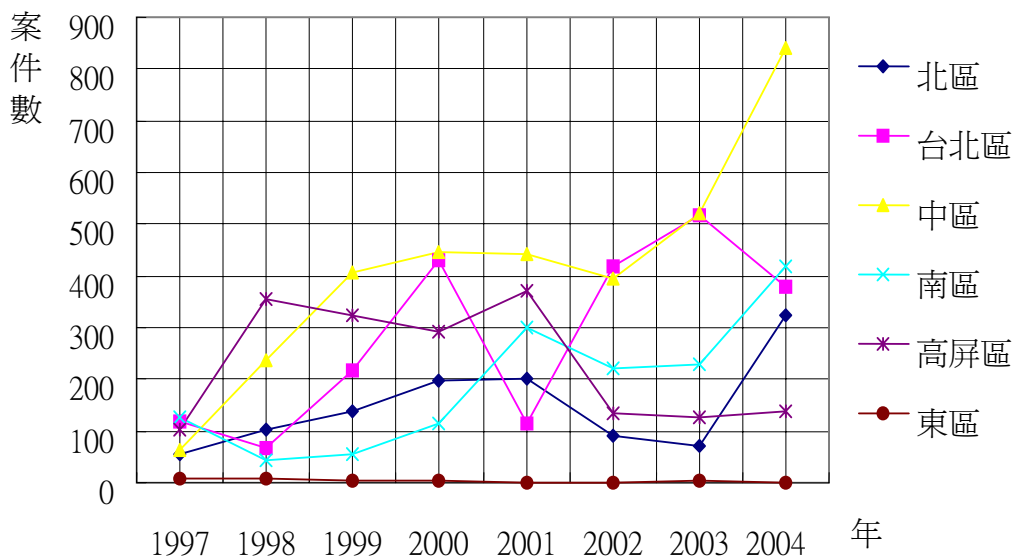


圖 4 1997-2004 年爭議審議案件數

資料來源：整理自爭議審議委員會提供的數據。

在實施總額支付制度前，各區醫療院所自由競爭，其服務量並不會相互影響，只要符合健保局的規定即可，但是總額實施之後，出現兩個意見相左觀點，首先衛生署與醫界的衝突，醫界認為既然把總額歸給自主管理，政府就應該讓醫界自己管理資源；其次，給付費用乃是依照各區人口佔率與費用佔率的比例分配，彼此間利益具有敵對性，各區內部成員也因為總額凸顯資源的有限，「排擠效應」和利益衝突的意識產生也在所難免，在資源競用嚴重的中區，更可以看見這樣的情形。

這裡很重要的是為什麼醫界跟衛生署會有很大的衝突，醫界認為總額的錢是他的，這是他們問題所在，他不覺得錢是社會大眾的，然後社會大眾他有他一定分配

的基礎，不可能我繳了保費，然後永遠都是某一個地區在用，相對的比率他用的很多（訪談記錄 A09：64）

那如果就各地區我如果說今天我要跟你爭我就站中區的立場北區或南區這樣子，我希望訂出來的指標是對我比較有利的，看起來是我有在管然後我又比較可憐所以希望分更多的錢，我希望訂這樣的指標。所以中醫要發展總額，我再講一個比較嚴肅的，總額下去的只會讓中醫的對立更多。（訪談記錄 A08：53）

（中區）我們有管控，加上診所自己意識到了，他們那時候準備要去抗爭，自己意識到這個嚴重性，如果大家都這樣下去，就只好一起沈船。（訪談記錄 A08：53）

判斷有效自主管理的原則之一，就是專業團體如何解決內部的衝突，最好的機制可以將遊戲規則制度化、資訊化等等，最顯著的衝突解決就是中醫總額分配從分區走向不分區，內部的協調以及共識解決使衝突消弭。對於中區的中醫師而言，中醫資源的分佈與西醫不同，中區的醫師從過去就是比其他地區多，加上中國醫藥學院的地緣關係，原先中區並不願意加入總額，後來透過內部協商願意嘗試八年調降費用佔率，但由於不堪受點值低落所苦，中區代表先走內部協商的機制並表達該分區的立場。

...實際上醫療費用的服務點值是站整個總額的，早期是三十二。現在大概二十八點三，那如果以費用佔率來當做總額這個基準的時候，我們只能分配到十八個 percent。所以他就用了所謂的八年調降的這種情況出來。但那個時候我們這個是預估的，這個數字是在九十年的九月還十月，他用九十年的第二季，就是用九十年的四五六月的這個這個金額去試算，然後每一年大概就是以兩個 percent 的總額協商增加的額度，再加也兩個 percent 的醫師的增加速度去預估的。預估到最後從九十一測到九十七年的時候，我們的點值大概，就是用完全用百分之十八的費用，只給百分之十八的費用給中區的人，中區大概在五毛七；然後台北台北區大概是一點二，北區是一點九，那大家都很少。可是，你要曉得這個八年調降，各個區都認為這個是政府訂的政策；...那時候是三十二變十八的時候，中區一定死，然後各區協商要不然我們先試辦一年，萬一中區真的很慘，那我們重新檢討，就不總額了，中區就不分區了，就不要有這種分區的狀況。（訪談記錄 A08：51）

...會覺得是支付制度的問題，那時候要作總額的時候是我們先拜託中區先試看看，不行在檢討，因為一開始中區就不作，是人家去拜託他們，不行再檢討。中區會覺得自己上了賊船。中國的教授態度蠻強硬的，就認為不要作就好了，他認為對

就對錯就錯，不能作就是不能作，就退出就好，他認為我不是在求你，讓你施捨給我，我只是在爭取我合理的需求，他們在報告裡面在講，很多區也不好意思反對...。
(訪談記錄 A11：76)

Hirschman (1970) 解釋當企業、組織、國家的績效衰退時，消費者或成員如何促進績效？他認為消費者或成員可能採取兩種策略：退出或呼籲。呼籲則是出於政治的思維，成員發出訴求而期望獲得組織的回應與改善。不過忠誠的效果在此被突顯出來，忠誠能夠提高退出的成本，促使成員選擇呼籲的手段，進而平衡退出與呼籲的機率。進而言之，對於醫療提供者退出是出自於經濟的思維，成員脫離效率低落的組織，免除政府管制的影響，事實上也無法完全斷絕關係，成員仍然需要關注組織的運作，因為他仍然擺脫不了健保體系提供的外部影響。換而言之，中區成員經歷協調各區的解決分區問題未果，於是企圖改以制度外的街頭抗議，以凸顯問題的嚴重性，但是他仍然是一種內部呼籲與外部呼籲的結合，關鍵時間點有全聯會理事長加以勸說，也就是說當成員發出呼籲的符號，組織對呼籲的敏感度高，並且迅速給予反饋的訊息，才能解決衝突的爆發。後續發展，經全民健康保險醫療費用協定委員會 95 年 1 月 18 日公告辦理，主要將費用化分為兩大區。95 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算總額，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%並試辦一年，同時藉此頻繁的連結各分區總額實施的狀態。

現在的理事長覺得以前中區點值不好看，如果讓其他分區點值拉下來，也會覺得不好意思，所以他每次在支委會都會說，沒關係讓我們中區殿後，不要最高的，其他會員會不滿意我們，或這有其他方案，他也會說，沒關係別區都上升，只要我們中區下降，我們是第五或第六都沒關係。不管他們怎麼運作，其實會員同意才會出來。(訪談記錄：A10：72)

因為我們○○○理事長是中區的，他去拜託他們，還帶他們去見衛生署長，並且訴之以情，他第一年當理事長，你們叫我當理事長，又給我示威抗議，所以開了協調大會，各區都互相退一步，不然都僵在那邊，什麼是都不用作，包括我們現在每個月都要開一次會。像這禮拜五跟禮拜天都要開會。(訪談記錄：A11：75)

第七節 對組織權的最低認可

相較於西醫部門，中醫專業團體與中醫藥委員會的關係密切，提供中醫團體對政府的溝通管道與資源補助。

中醫有一個優點的是中醫藥委員會對他們支持得很好，譬如說要他們發展治療指引，他們就真的拼了命去作，也發展全世界第一套中醫的治療指引（訪談記錄 A09：61）

像他們跟健保局協商費用，中醫界不會跟我們協商，可是政府之間我們可以作橋樑。跟他們說可以退讓一點，錢也不是很多，可以算給他們看。其實比較偏中醫的部分。（訪談記錄 A02：09）

政府與組織所簽署的協議能增加的專業團體的合法性。例如健保局與全聯會的行政委託合約、中醫門診總額保險委員會組織章程、中醫醫療服務審查要點及審查醫師管理辦法、醫事機構管理辦法、中醫師輔導辦法、中醫醫療品質確保作業要點等合約辦法，提供中醫團體管理其成員及與健保局互動的規則。

總額實施前，由於專業的不對稱，保險人管理中醫部門總有霧裡看花的無奈，無論在支付標準及審核的細目，都會引發專業團體的質疑，加上財務的困境以及分區的財務控管，健保局對於醫療供給者的管理日益嚴峻，引起醫療供給者的不滿。總額制度實施後，全聯會進行自主管理，健保局的角色轉變為監督者，針對財務與品質給予意見，並且有共管會議能夠在資訊上，分享檔案分析的狀況。由於不同部門所實施總額的時間有所差異，有些部門對於專業自律的共識較高，體現在政府對於不同部門的干預程度有所差異。在醫界運作的結果，醫界雖享受協商的權利，卻未達到有效落實自律的政策。

相對而言，醫院受到政府的干預與掌控的程度更深，導因於其診療過程的複雜程度、利益的交涉的廣泛，以及其佔整體醫療給付之大宗，因此政府不能等同牙醫與中醫專業團體，給予全權的自治權力。

其實作總額分成好幾類，第一類可以說是牙醫跟中醫，兩類都是比較願意負這個責任，健保局也覺得這不是重點，所以大部分尊重他們自己作，等到西醫基層開始他們表現出自己很弱，而且後來西醫基層也變大，比起前兩個，健保局就變成跟著他們一起作，健保局會建議，雙方是一半一半，等到醫院的時候，會因為團體的特性跟他願不願意自主管理，投入的程度、重要性，因為醫院佔了費用的 2/3，如果健保局不管大概會失掉機會，健保局這方面會比較積極。(訪談記錄 A09：63)

因為我們對他們的要求也都很尊重，一般來說除非他們提出來的想法，除非會影響我們的法源，或者增加額外的支出，像費用是去年度就已經協商出來的，不可能要再多出來，如果要修改到法，不可能在支委會解決，如果是運作上的小細節，我們健保局都很尊重他們，因為執行是他們，我們只是作一個監督跟管制，我從費用的給付方面，就可以知道你們管制。(訪談記錄 A10：69)

...第一是財務監控，因為如果點值降太低，會產生不公平，所以財務監控是我們一直在作的，另外一點是品質，我想就算是總額還是不能品質不良。(訪談記錄 A06：30)

第八節 分權管理

現今國家對共有資源的管理，多建立在多層次的分權體系，對資源的汲取、資源系統的供應、監督、強制執行、衝突解決和治理活動加以組織。尤其全民健保的總額支付制度，涉及中央與地方的管理，加上協調不同區域的資源配置，需要更複雜的、全面的組織運作。以下將透過國家管理範疇、中醫全聯會、地方分會的組織協調，橫跨公私部門、中央與地方剖析總額支付制度的操作。

一、國家管理的範疇

經過衛生署規劃中醫總額草案，執行部份主要是費協會主要共同協商各部門的大總額，經由協商過程分配成不同部門的小總額，中醫專業團體代表在其中，與其他部門爭取自己的款項與成長率。同時，費協會也藉由每年度七月的評核會，評鑑辦理醫療品質提升的部門，以資源的補助給予實質的鼓勵。

至於健保總局，除了扮演相關合約辦法的共同擬定、推動作業、醫療品質評

估，主要以整體政策制訂為主。

總局是政策制訂單位，分局主要執行單位。總局通常比較不會監督到個別診所。(訪談記錄 A06：32)

二、專業性質團體

全聯會下的中保會透過支付標準的調整、專業審查、各分區執行長的共管會議，讓中醫總額的管理績效能公開和傳遞，強化所有參與者的互相理解和合作。但是，對於基層醫療院所的連結尚有需要努力的空間。

中保會現在會管中醫，他們只負責審查，以前是健保局包辦，目前是全聯會加台北公會。他們現在管很多，我們今年還有國醫節，叫大家去參加，還有說明會、通知啦。從他們的角度出發，他們管的是醫療品質，可是規定太多了，應該把重點擺在那些亂來的診所，這些真的是防不勝防，真正作假的還是不受影響。(訪談記錄 A05：26)

中保會是讓各區代表協調事情，角色是負責把地區的聲音往上傳，各公會想要作什麼政策在這裡討論，如果可以過就有一致性，如果不行，屬於地方的事情，那我們就會保留，這個地區可以作，但全國不統一執行，個別作還需要不違法，中保會是針對大範圍的協調角色，各區中保會是扮演協調角色。(訪談記錄 A11：75)

目前中醫全聯會的代表性，在中醫部門有法律上的明確地位，統整各分區小團體之間的領導權無須爭議，對外一致性的聲音，更反應內部的團結，這是值得肯定的地方。然而比較中醫與牙醫處理總額制度的運作，牙醫與政府機關接觸的時間較長，而中醫部門對於總額的瞭解時間不夠，僅用短時間來試辦，制度還沒長成。受訪者 A09 認為「我想這裡他不是要建立制度，而是比較以人的色彩，人走了之後事情就會比較不順利」，所以當負責總額運作的人離開，中醫總額的管理容易出現問題，人治色彩濃厚是問題之一。其次，中醫部門缺乏有效培養領導幹部，對制度掌控與專業知能的瞭解，都必須重新再來。

原則上我覺得他們全聯會很具代表性，可以代表他們會員，有些全聯會沒有代

表性，會員可能會不服，在我們這裡，沒有會員跑來跟我們質疑，中醫全聯會沒有。那你說這裡會不會有他的缺點所在，也許不是所有聲音都能被表達出來，相對有權力的組織也許我們看到不是比較全面性的東西，因為我們看不到他們是不是用比較獨裁化的方式管理。我們看到是一致的聲音，也有可能這是權力關係是比較專制的，當然也有可能會員對他的領導是比較服從，所以這可能是優點也可能是缺點。（訪談記錄 A10：70）

全聯會的轉變，換了理事長換了 TEAM，○○○理事長換了○○○，○○○理事長本來就來自中區，他們是一批沒有這麼多管理經驗或者比較不願意作那麼好管理的人，他一直覺得是別人欠我們的，他一直覺得我們利用就是這麼高，不是我們的問題，可是把資料攤出來就知道他的管理其實是比別人鬆散，剛剛說全聯會管控像是粽子的頭沒把大家帶起來就會沒有效果，所以最大的原因是全聯會的 TEAM 換人，...我想這裡他不是要建立制度，而是比較以人的色彩，人走了之後事情就會比較不順利。（訪談記錄 A09：61）

當時○○○授權給○○○○○作，他是比較用自己思考，如果事情超過一些規範，他會用自己的邏輯處理，就像是車子給你開，不要闖紅燈就可以，他就用他方式玩遊戲，其實中醫西醫都差不多。○○○○理事比較重視人治，他比較重視人的概念，他覺得一個人的心是好的，他作的事情就是好的，比如說違法，但是出發點是對的，他就認為是對的，○理事長比較認為即使是出發點是對的，但是只要違法，他就是錯的，一個比較重法治，一個比較重人情。其實法律是保護壞人，這樣是有好有壞。（訪談記錄 A：74）

另外，專業團體本身都會面臨的問題，就是人力與物力的來源。由於中醫醫療機構多偏向診所型態，中醫師扣除門診的時間，專業知識、投入的心力、協商技巧以及推動的資源等等都需要考量，政府委任專業團體合作之餘，尚須思維如何提供相對應的諮詢與資訊，降低中醫界自主管理的困難度，否則這種合作的模式，仍然有可能淪為不平衡的壓榨。

這個當中有很多學習過程是很困難的，對於所有參與推動制度的幹部，除了醫院的人員以外，他大部分是一群義工，除了門診還要繼續做這些事情，第一專業性是不是夠，專業夠的認知夠不夠也是個問題，認知夠的是否有認真投入也是個問題，因此在這學習的過程，他們其實有點辛苦。從專業團體間，如何針對不必要的量，取得最大公約數，這也是個問題，這也要時間的磨合。（訪談記錄 A03：14）

全聯會的能力其實有限，他的收入主要是我們的會費，跟一些審定我們的錢跟教育訓練。（訪談記錄 A04：23）

三、地方性質的組織

各區中醫地方分會與健保分局負責的業務是執行層面，兩者可以透過定期的共管會議，針對地方分區所出現的特殊，給予立即的反應，例如中區分會與健保中區分局在第 21 次中醫總額聯席會議記錄通過「96 年度共同管理計畫施」，針對新進中醫師與診所進行嚴格的控管。

分會主要管理他的所在地區，全聯會是總管，分會現在應該是執行分會的決議，據我知道每個分會在全聯會的標準下再訂標準，中區就是這樣。(訪談記錄 A05：27)

(共管會議室) 早期是每個月，比較上軌道就是兩個月，現在是每季。早期是每個月，比較上軌道就是兩個月，現在是每季。(訪談記錄 A06：31)

從基層醫療院所跟健保分局的關係，從過去尖銳的對抗關係，有逐漸緩和的趨向，這裡可能出現兩個方向的思考點，一方面中保會介入管制的區塊，所以專業審查能夠有所提升，另一方面受訪者 A08 認為「因為壞人都是中保會在做」，中保會是否成為健保局的代罪羔羊？如何讓基層中醫師認同中保會的政策，資訊的透明化與強化人際互通的誘因，是中保會可以在努力的地方，藉由建構積極的誘因讓組織成員的意見獲得表達，降低基層中醫師對於政策的原意可能產生誤解與疏離

健保局跟診所間，我的看法應該是算專業看法，應該是變好了。為什麼變好了？因為壞人都是中保會在做，變的很多指標被約談，這個為什麼給我加重抽審，這個是中保會移送的，這個是中保會訂的指標...。(訪談記錄 A08：49)

第九節 小結

探討中醫總額支付制度的治理成效，本研究從 Ostrom (1990) 所提出的八項制度設計原則檢視。管理共有資源的模式，主要不是憑靠強制的外部力，從總

額前的管理不彰，無論在醫界的權責、財務危機以及專業權力的不對等可以窺知一二。因此自主管理的設計主要從「資源汲取者」己身出發，希望透過專業同儕制約的發揮。表 14 綜合整理本章的研究發現，大體上中醫部門在總額支付制度的運作貼合共有資源的管理，可整理為三大部份：

一、中醫總額資源的明確界限

對照 CPR 的制度設計原則—明確的界限(Boundary)，可以看出無論在資源的使用資格的界定與服務量限制的明確，總額實施後中醫部門更加提昇資源的明確劃分，不論從天數或者地方分會入會的限制，進一步幫助成員對於資源總量的認知，同時也可以藉此達到不同區域使用者數量的控制，降低醫師數過剩的地區過，再湧入新進醫師衝擊地區點值。另外，資源單位能與供應條件相一致，討論到不同區域醫療市場的結構，是否適用於同一套標準，即過去中區所不滿制度的原因，95 年後開始試行的新制分區能否解決這樣問題，還有待持續觀察。

二、中醫治理的分層體系

對照 CPR 的制度設計原則的—集體選擇的安排、對組織權力最低的認可、分權管理。由於中醫總額治理的委託團體，立基於過去共同爭取中醫加入社會保險的歷程，加上早期中醫師的培養主要在中國醫藥大學的養成教育，人際脈絡與歷史情感提供非正式的集體參與機制，更甚者，因為中醫長期與中醫藥委員會有正向的互動，因此建立與政府之間更多良性的溝通平台。總額支付之度實施後，中醫團體獲得正式與政府協商的地位，並且可以藉由品質的提昇，避免成為附加險。

三、同儕制約的落實

對照 CPR 的制度設計原則的—成員主動的互相監督、違規者的分級懲

罰、解決資源使用衝突的機制。承上所述，中醫團體在非正式的人際關係與歷史際遇有長期的積累，同時中醫部門屬於同質性團體，執業型態也以基層診所為主，加上全國醫師數相較西醫部門少許多，可以歸類於人數少的「小團體」，就中醫與社會保險發展過程，其未若西醫享有優勢，內部共識較為一致，面對不同意見主要以協商的方式，當衝突發生領導人可以立即解決問題。然而專業性質團體內部的管理設計，還需要往更制度化的方向前進，雖然目前中醫團體內部團結，但是如何避免人治引導法治，標準與領導風格過度左右整體中醫的治理，值得進一步思考。

表 4 CPR 制度設計原則與中醫總額支付制度對照表

CPR 的制度設計原則	中醫總額支付制度
1 明確的界限(Boundary)	
(1)使用者資格	
I 居住地-分區	●分六區
II 特定技術的使用	●中醫部門
III 組織中的成員	●中醫全聯會
IV 許可證	●健保特約、地方公會入會
(2)對資源的汲取量	
I 時間	●天數限制
II 規模	●高額折付
2 收益與成本對稱（交易成本低）	
(1) 資源汲取者所處的社群特質	● 同質性高，中保會擬定支付標準
(2) 資源單位能與供應條件相一致	○資源分配採同一標準，不利醫療市場競爭度
(3)獎勵機制	●醫療品質保證款
3 參與集體選擇	
(1)委員會成員的選任	●各區代表
(2)地方幹部的選出	●依縣市公會推薦
(3) 組織成員意見的表達	○大多是單向傳遞訊息為主、需要互動設計
4 主動互相監督	
(1) 檢查公用資源狀態與汲取者行為的監督者	●健保局、中保會、地方共管會議
(2) 汲取者本身	會籍成員檢舉辦法、容易取得監督的資訊
5 施予分級懲罰	
(1) 同儕制約	●中保會、中保分會
(2) 有關官員的制裁	●健保總局、健保分局、
6 解決衝突機制	
(1) 地方性的公共論壇，解決成員間的衝突。	●中保會各分會、六區共管會議、領導人協調
(2) 地方性的公共論壇，解決成員與官員的衝突。	—中保分會與健保分局的共管會議僅供協商
(3) 仲裁官員與成員的機構	●爭議審議委員會
7 對組織權最低的認可	
成員設計自己制度的權力，不受外部政府權威的挑戰	●相較西醫部門，中醫享有較大的自主空間
8 分權管理	
(1) 地方性質的組織	●地方分會、地方分局
(2) 專業性質團體	○內部需強化制度化機制
(3) 國家管理的範疇	●衛生署、費協會、健保總局

資料來源：本研究 ●符合該項； ○不符合； — 缺乏