

# 精神醫療機構對健保論質計酬的態度與預期醫療服務的變化

宋鴻生 蘇喜\*

## 摘要

目的：為了解各個精神醫療機構對論質計酬支付制度的態度以及各個構面與精神科醫療服務增減變化之間的關係。

方法：本研究以台灣地區提供精神醫療服務之診所、醫院及精神復健機構為對象，以郵寄問卷方式收集下列資料：（一）對論質計酬的了解與支持程度，及精神醫療服務增減做調查（二）精神科論質計酬之態度之雙變項分析（三）精神醫療服務增減變項之邏輯斯迴歸分析，本研究之調查共抽取267份樣本，回收166份，回收率62.1%

結果：研究結果顯示超過六成的受訪者認同健保局較易訂定精神科預算，並支持由健保局來適度訂定支付點數或金額。但亦有超過七成的受訪者認為該支付制度會造成機構間進一步的競爭與衝突，同時誘發醫師產生偏差行為，如此將更無法確保精神醫療的品質。至於實施此制度之後的精神醫療服務變化，超過半數的受訪者表示尚未想到如何因應；而已表示意見者大多以不變應萬變，即使有變化也是增加的項目多於減少的項目，且增加的項目以成本較低的服務項目為主（如：門診、日間病房、居家治療等）。社區精神醫療項目的設立在論質計酬制度影響之下，與「機構獲利考量」、「單位屬性」、「醫療機構層級」等項目有高度相關。

結論：多數受訪者雖然支持健保局統一訂定支付制度，但對於論質計酬這樣的制度設計，高達七成的受訪者表示弊多於利。研究更進一步顯示，目前精神醫療界對論質計酬支付制度的實施普遍抱持觀望的態度，大

---

員山榮民醫院精神科醫師

國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所長\*

投稿日期：民國95年4月20日 修訂日期：民國95年6月6日 接受日期：民國95年7月7日

聯絡人：宋鴻生 通訊地址：宜蘭縣員山鄉內城村榮光路386號





多是不改變現在的精神醫療服務且對實施該制度後的經濟獲利情形採取較悲觀的態度。

關鍵字：支付制度、精神醫療、論質計酬

## 前 言

全民健保自民國八十四年實施以來誘發了醫療需求，加上醫療院所競爭激烈產生許多不當醫療行為，以至醫療費用不斷向上攀升，連帶使得健保局的財務收支失去平衡。健保局為了抑制快速成長的醫療費用，不得不採取某些因應措施，專家表示支付制度會改變醫療行為，並由院所共同分擔財務責任，例如實施論質計酬制度以求解決財務困境（李玉春，2000）。

論質計酬將財務誘因與具體之品質指標，以及治療指引，建立連續性醫療照護，促進體系整合，所擬定之包裹支付方案。其品質指標涵蓋結構面與過程面及結果面，將品質納入給付標準之中，此乃實施「論人計酬」制度前之過渡辦法。此費用遠比全年使用門診與社區復健費用為高，但比長期使用住院醫療費用為低，本制度應可降低超長住院的比率。論質計酬不同於論人計酬與論病計酬。論人計酬係依據每一機構所登記病人之人數，以及平均醫療費用，來決定下一年度醫療機構之費用，而不考慮病人實際醫療服務之使用。病人依據個人需要及偏好，預先選擇固定醫師、醫療院所聯盟或其他醫療機構。且有風

險校正機制考慮病人年齡、健康狀況、性別、病情的不同而給予較高的費用。而論病例計酬係指依病例組合分類，而不以服務項目訂定付費標準。將病人依照某些特質（如資源耗用量、成本或品質等）分類為同質性的組群。使組群內此特質之變異極小，組群間此特質之變異極大，比如以器官系統作分類而達到醫療資源的耗用量與成本相似的一種支付度。

論質計酬顧名思義要注意醫療品質，先進國家為了避免在醫療財務改革過程中，而輕易的犧牲掉照顧的品質，因此十分重視醫療品質的管理，並將醫療品質納入給付考量之中。但國外並無所謂「論質計酬」支付制度。Sederer提出精神醫療照護應該降低超長住院的比率，但「超長住院比率」對應於「精神醫療品質」仍不足以成為可靠的品質指標（Sederer, 1987）。由於精神醫療品質指標的訂定牽涉到太多複雜的因素，如同Mihalik所說，訂定精神醫療的品質指標是一件非常困難的工作，因此目前並無一套令人十分信服與滿意的標準（Mihalik, 1988）。國內亦面臨到同樣的問題，楊聰財認為醫院評鑑對品質的設計十分缺乏過程面與結果面的評估（楊聰





財，2000），於是中央健康保險局委託台灣精神醫學會做整合性的精神醫療體系規劃研究以其改善上述情形。它設計了一套台灣本土性的支付制度，名為「健保精神分裂症醫療服務品質改善草案」（以下簡稱「論質計酬」）（精神醫學會大會議程，2002）提出。

目前精神科的支付制度屬於多元混合制，而藥癮分公費與自費、家暴、性侵害由社會局給付。不同的服務對應不同的支付制度（劉見祥，2000），而醫師對支付制度的支持與否是實施健保制度成敗的關鍵因素（楊志良，1988）。國內外較少針對支付制度態度的調查。簡以嘉的研究認為目前實施的支付制度，精神科醫師的滿意度偏低；66.4%的精神科醫師贊成現行的「論量計酬」支付制度，但仍期待支付標準能有所調整；此外只有少數人贊成以「論人計酬」支付制度來建立社區精神醫學（簡以嘉，2000）。

國內醫療資源之相關研究，不論是在人力，病床數及分布，醫療發展基金上醫療資源之影響或是醫院新設與歇業之因素探討，多次提到承載能量的問題，但大多未將精神醫療區分出來加以探討或者把精神醫療避開不談，其結果只可解釋整體醫療，無法適用精神醫療體系。從劉俊顯的研究中顯示精神科住院病床在健保實施後有增加的趨勢，中以急性病床增加的幅度較為明顯（劉俊顯，1997）。就精神醫療服務變化而言，彭英傑的研究顯示（西醫總額預算前，

多元混合制），有意願擴增精神醫療服務項目為：門診、急性病床、慢性病床、日間留院、康復之家、社區復健中心、居家治療大多為傳統的精神醫療項目百分比不高，有意縮簡的項目不多，顯示目前精神醫療呈現緩慢的成長（彭英傑，2001）。精神科在健保實施後才有慢性病房的給付（曾婉君，1999），因此慢性床位逐漸擴充；急性病床則是不敷成本、經營不易；勉強經營的日間病房卻因評鑑規定不得不設立而導致床位過剩；至於社區精神醫學機構，目前只有公立精神科專科醫院才有示範性的設立。由衛生署台灣衛生署第三期計畫成果中顯示，台灣精神醫療服務以醫院為主要型態，社區醫療的服務型態普遍不足（衛生署，1997）。再由衛生署第四期的精神醫療網計畫的結果來看，醫院之病床數已不再成長，而社區醫療的需求則與日俱增（衛生署，2001）。

綜觀國外近幾十年來的發展，先進國家的精神醫療服務多已轉向增加社區心理衛生中心、減少住院服務的型態。國外近幾十年來的發展，先進國家的精神醫療服務多已轉向增加社區心理衛生中心、減少住院服務的型態。Dorwart等人認為精神科病床權屬別及地理上分布為私人精神科醫院不斷增加，主在美國的西部及南部，別是綜合醫院走向營利化（Dorwart, 1991）。Horwitz & Scheid等人認為精神科醫療機構型別的分布上，以機構數而言，美國在1992年時，最多的是提供精神科服務的私立綜合醫院佔





29.5%，其次為多功能心理衛生機構佔26.4%，精神科診所佔15.7%，情緒障礙兒童收容治療中心佔9%，私立精神科醫院佔8.6%，州立及郡立精神科醫院佔5%，榮民醫學中心及提供部分精神科照護及獨立機構各佔2.9%（Horwitz & Scheid, 1999）。

國內專家學者亦呼籲精神科專科醫院之發展，應朝全面性整合及多角化經營，並強調社區醫療的重要性（陳宏，2000）。惟目前精神科在綜合醫院裡，通常是為了要符合評鑑的要求而設立，被非受到醫院經營者的重視，加上健保困境使得未來財務將更加吃緊的情況下，如何因應調整與改變經營模式、廣擴財源，將成為醫院經營者未來的重要課題；至於精神專科醫院，則應朝向社區化經營（錢慶文，2000）。

本研究進一步調查與瞭解醫療院所對精神科「論質計酬」支付制度變化將產生何種態度，及其在提供精神醫療服務行為上的變化。其次就機構屬性特質，分析其與精神科論質計酬支付制度態度之間的關係。進而探討機構特性，與精神醫療服務提供的關係。因此研究架構是機構（醫院／復健中心）、屬性（公立醫院／私立醫院）、層級（綜合醫院／專科醫院）、受訪者職務（院長／主任／負責人）、機構位置（北／中／南／東）、機構薪資（固定與變動）、獲利營運（盈餘／打平／虧損）與精神科論質計酬態度之間關係的分析。研究架構二是構面中的「機構種類」、「機構所在地人

口學狀況」、「機構所在地各區之精神醫療資源」、「營運層面之獲利性的情形」與「精神醫療服務增減」之間的關係作分析。

## 材料與研究方法

### 一、資料來源

類似的研究只有簡以嘉醫師的碩士論文「精神醫師對健保支付改革之意見調查」，本人以其「支付制度態度問卷」研究問卷內容參考，另外增加新的題目而成「不會造成機構間的競爭和衝突」，「機構會因此支付制度而獲利」，「藥費及藥量會進一步得到控制」，「會造成較多的文書工作」，「病人滿意度會提昇」，「申報手續複雜」等題目，以求其週延。

取得之資料以SPSS 8.0版進行資料鍵入、轉檔、清查、確認及校正等整理工作。在問卷信度方面，精神科論質計酬的cronbach  $\alpha$  為0.8448；問卷效度方面，則分別請了台大醫管所的3位老師、台大醫院精神部的3位正副教做專家效度測試，之後又邀請十位精神科主任協助完成前測。然後針對全國精神醫療機構和社區復健機構進行全國性的普查，普查對象包含：綜合醫院精神科、精神科專科醫院、康復之友協會、民營康復之家以及社區復健中心的業者（排除民間經營之藥癮機構）。研究方法採取郵寄問卷調查研究法，研究對象則由醫政處第四科與中華民國康復之友協會聯盟兩個單位取得名單，以普查方式寄發給「各



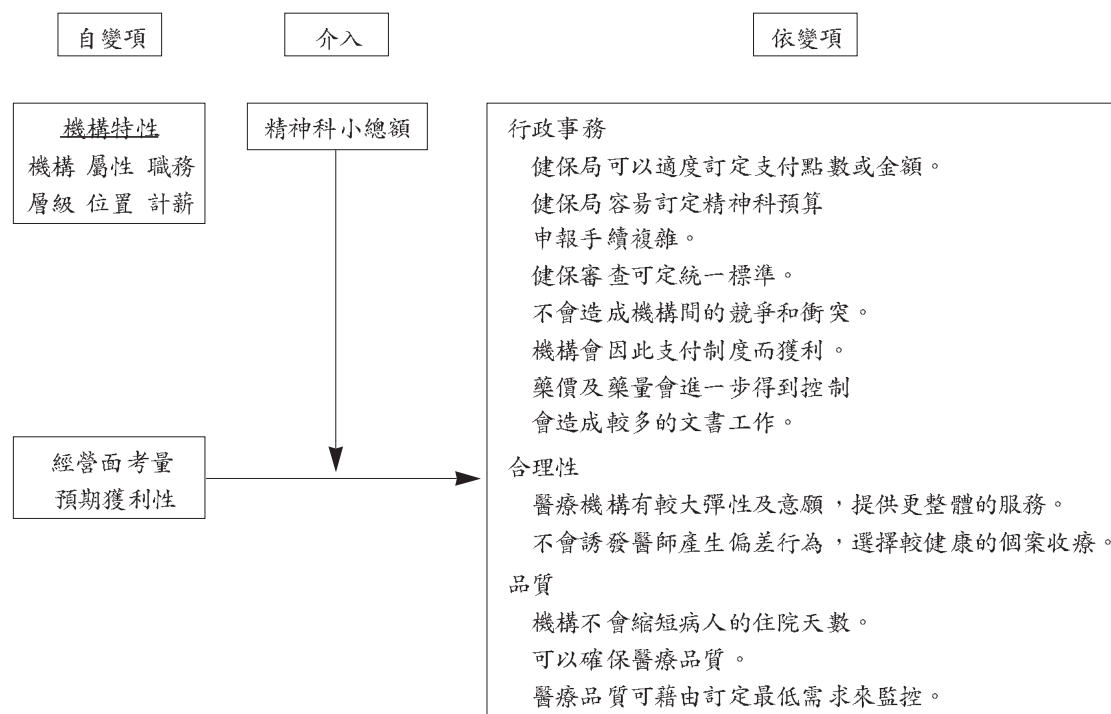


精神科專科醫院的正、副首長」、「綜合醫院的精神科主任」、「康復之家、社區復健中心與康復之友協會的負責人」。

醫院組：精神科專科（教學）醫院共34家，綜合醫院之精神科共94家；診所組：精神科診所共62家。精神復健機構的部分：醫院附設康復之家共17家、醫院附設社區復健中心共13家、獨立康復之家共20家、獨立社區復健中心共5家。康復之友協會附設社區復健中心22家。在92年元月初寄出問卷，調查樣本共267份，扣除無效問卷3份計回收有效問卷166份，回收率62.1%。問卷中有遺漏值者以平均值代替。

## 二、分析方法

本研究以量性分析為主，分析方法說明如下：（一）描述性統計：健保制度變化之後，針對醫療院所對論質計酬的了解與支持程度，及精神醫療服務增減做進一步的調查與瞭解。（二）精神科論質計酬之態度之雙變項分析作卡方檢定（研究架構一）：精神科論質計酬之態度與機構（醫院／復健中心）、屬性（公立醫院／私立醫院）、層級（綜合醫院／專科醫院）、職務（院長／主任／負責人）、位置（北／中／南／東）、薪資（固定與變動）、獲利營運（盈餘／打平／虧損）之雙變項分析，以卡方檢定來了解相互之

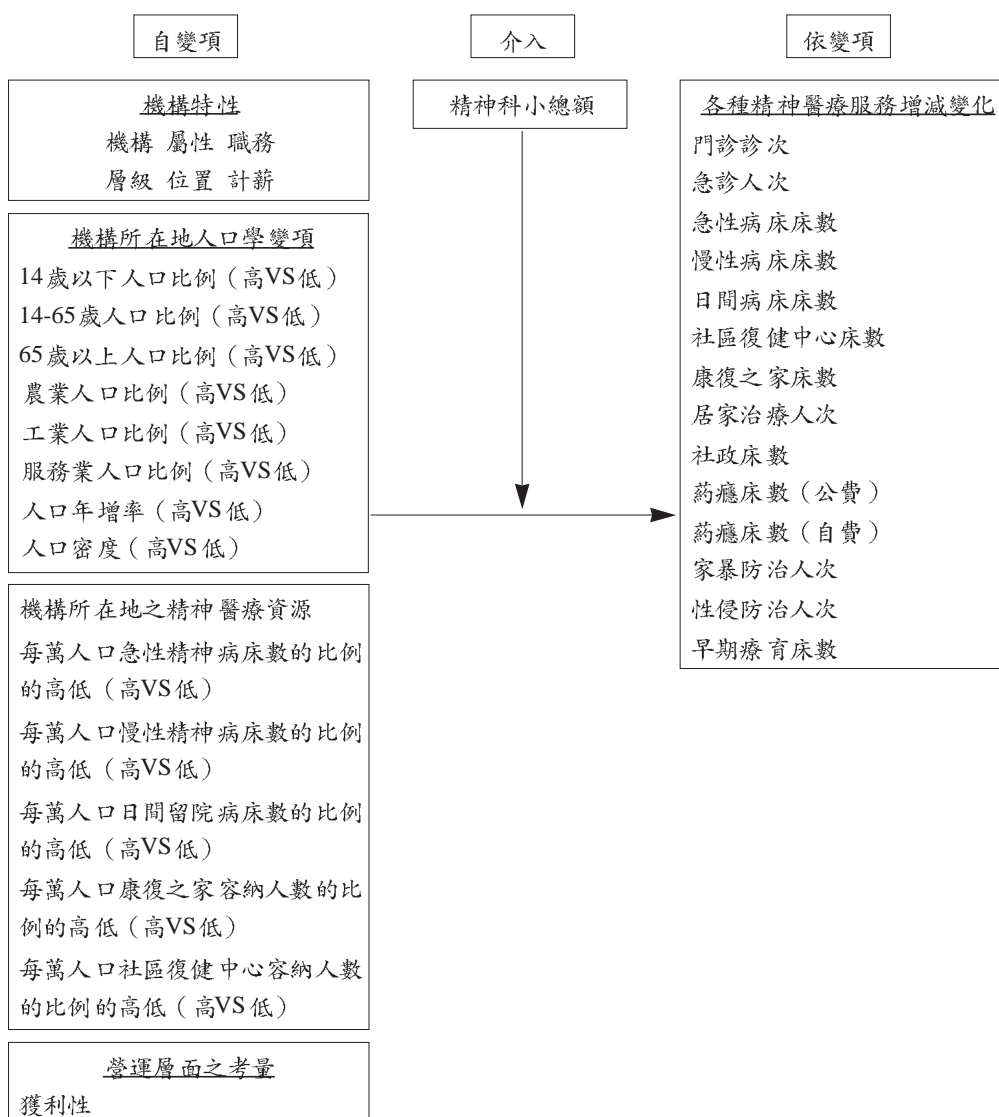


圖一：研究架構一-對支付制度的態度



間相關性。(三)精神醫療服務增減變項之邏輯斯迴歸分析(研究架構二):將構面中的機構特性、人口學構面、精神醫療資源構面、營運層面之獲利性的構面與精神醫療服務增減作進行卡方檢定

後,將有意義部分再進行邏輯斯迴歸分析,以瞭解其相關性。並資料來源及收集方式為參考政府出版品:民國91年行政院主計處出版之中華民國社會指標統計、及中華民國台閩地區人口統計。



圖二：研究架構二-各種精神醫療服務之增減變化





本研究使用上述收集之次級資料建構出二個資料庫，分別是台灣地區各縣市社經指標資料庫，以及台灣地區各縣市精神醫療資源資料庫。資料庫進行資料之合併，最後進行統計運算分析。

## 結果

### 一、精神醫療基本資料與情形

精神療機構以醫院為主，院所層級多為區域教學醫院，少數為區域醫院，其餘層級很平均。機構所在地以台北地區為主，填寫資料的人以科主任為主。權屬以署立醫院為主，公私立醫學院附設醫院為次，軍醫院較少，其餘較平均。由表一可知在機構、院所層級、機構所在地、權屬別方面精神醫療機構在樣本與母體之間沒有差別（如表一）。

### 二、受訪者對論質計酬瞭解程度與贊成程度

問卷設計分為二部份，分別以五分量表，代表對論質計酬支付方式的瞭解程度與贊成程度。其中將非常了解、非常贊成、了解、贊成等量表歸類為正向態度；普通，無意見當成普通態度；非常不了解、非常不贊成、不了解，不贊成歸類為負向態度。全部166位受訪者中，有44%的受訪者表示了解精神分裂症論質計酬支付制度，有42.8%的受訪者表示對此制度瞭解的程度為普通。而在贊成施行此制度的意向上，有42.7%的受訪者表示不贊成此制度，僅13.2%的受訪者贊成此制度（如表二）。

### 三、論質計酬與受訪者滿意度

在166位受訪者中，表示負向態度的受訪者可能不懂此一制度，故只取表示正向與普通態度的受訪者，共144位作分析。資料中顯示傾向正向態度的項目由高至低依序為：第一是「健保局可以適度訂定支付點數或金額」、第二是「健保局容易訂定精神科預算」、第三是「醫療品質可藉由訂定最低需求來監控」（如表三）。

### 四、論質計酬之下，預期服務提供意願

在166位受訪者中，針對論質計酬時，大部分的受訪者表示，不會改變目前的因應服務。如果有服務的改變，預期增加的百分比多於減少的百分比，但是急慢性病床數例外。若服務有增加，依順序第一為門診診次，第二為居家治療人次，第三是日間病房床數，此可能原因，是因為以上的服務都是低成本。

本研究中論質計酬顯示，有意願擴增的百分比為：門診25.7%，急診人次18%，急性病床11.2%慢性病床7.2%，日間病床17.3%，社區復健中心14.4%，康復之家11.8%，居家治療19.4%，顯示論質計酬之下，各醫療院所提供服務的意願傾向消極因應，擴增百分比減少。擴增的項目為門診、急診與社區醫療，其次是急慢性病房，有意縮簡的項目不多，顯示出精神醫療的緩慢成長，較以前消極（如表四）。

### 五、精神科論質計酬態度雙變項之分析結果（研究架構一）

診所組多為個人執業，業務單純，





表一：精神醫療機構基本資料與樣本母體之適合度檢定

	總數 267	回收 166	卡方值	p 值	
機構	醫療院所（醫院與診所）	190	122	12.00	0.213
	康復之友協會	22	9		
	醫院附設與獨立康復之家	37	24		
	醫院附設與獨立社區復健中心	18	11		
院所層級	醫學中心	12	6	9.64	0.95
	區域教學醫院	43	29		
	區域醫院	8	3		
	地區教學醫院	16	14		
	地區醫院	15	14		
	精神專科醫院	18	15		
	精神專科教學醫院	16	16		
	診所	62	26		
機構所在地	台北地區（北、基、宜、金、馬）	89	60	5.66	0.87
	北部地區（桃、竹、苗）	21	18		
	中部地區（彰、中、投）	44	24		
	南部地區（雲、嘉、南）	46	27		
	高屏地區（高、屏、澎）	53	24		
	東區（花東）	14	13		
權屬別	署市縣立醫院	49	44	10.76	1.00
	國軍醫院	9	8		
	輔導會醫院	18	17		
	國立醫院	2	2		
	私立醫學院附設醫院	5	1		
	財團法人或宗教醫院	42	28		
	私人醫院	37	29		





表二：受訪者對精神分裂症論質計酬瞭解程度與贊成程度

	正向態度	普通態度	負向態度	未填
瞭解	73(44%)*	71(42.8%)	21(12.6%)	3(1.8%)
贊成	22(13.2%)	70(42.2%)	71(42.7%)*	3(1.8%)

\*表示所占百分比最高

表三：論質計酬之態度分佈表

項目	人數(%)	態度			
		正向態度(%)	普通態度(%)	負向態度(%)	未填(%)
1. 健保局可以適度訂定支付點數或金額		89(61.8%)*	22(15.3%)	30(20.8%)	3(2.1%)
2. 不會造成機構間的競爭和衝突		31(21.5%)	16(11.1%)	96(66.7%)*	1(0.7%)
3. 不會造成較多的文書工作		35(24.3%)	25(17.4%)	83(57.6%)*	1(0.7%)
4. 醫療機構有較大彈性及意願提供更整體的服務		59(41%)*	24(16.7%)	59(41%)*	2(1.4%)
5. 不會誘發醫師產生偏差行為選擇較健康的個案收療		27(18.8%)	15(10.4%)	101(70.1%)*	1(0.7%)
6. 機構不會縮短病人的住院天數		32(22.2%)	30(20.8%)	81(56.3%)*	1(0.7%)
7. 可以確保醫療品質		45(31.3%)	37(25.7%)	61(72.4%)*	1(0.7%)
8. 醫療品質可藉由訂定最低需求來監控		80(55.6%)*	30(20.8%)	33(22.9%)	1(0.7%)
9. 申報手續簡單		61(42.4%)*	42(29.3%)	40(27.8%)	1(0.7%)
10. 健保審查可定統一標準		70(40.8%)*	35(24.3%)	38(26.4%)	1(0.7%)
11. 健保局容易訂定精神科預算		88(61.1%)*	28(19.4%)	21(18.1%)	2(1.4%)
12. 醫療資源(含社區)可合理分配		49(34%)	33(22.9%)	61(42.4%)*	1(0.7%)
13. 病人的住院天數延長		25(17.4%)	38(26.4%)	76(52.8%)*	5(3.5%)
14. 申報手續複雜		45(21.3%)	56(38.9%)*	40(28.5%)	2(1.4%)
15. 機構會因此支付制度而獲利		17(11.8%)	49(34%)	77(53.5%)*	1(0.7%)
16. 病人就醫的方便性得到改善		34(23.6%)	44(30.6%)	64(44.4%)*	2(1.4%)
17. 藥價及藥量會進一步得到控制		78(54.2%)*	36(25%)	28(19.4%)	2(1.4%)
18. 病人滿意度會得到提昇		35(24.3%)	48(33.3%)	60(41.7%)*	1(0.7%)

\*表示所占百分比最高



表四：論質計酬之下，預期各種服務項目因應調查表

項目	態度						
	人數(%)	增 >10%	加 <10%	不變	減 >10%	少 <10%	未填
1. 門診診次		22(13.9%)	17(11.8%)	41*(28.5%)	8(5.6%)	7(4.9%)	51(35.4%)
2. 急診人次		13(9%)	13(9%)	40*(27.8%)	7(4.9%)	1(0.7%)	70(48.1%)
3. 病床數							
急性		8(5.6%)	8(5.6%)	38*(26.4%)	10(6.9%)	7(4.9%)	73(50.7%)
慢性		4(2.8%)	6(4.4%)	39*(27.1%)	10(6.9%)	8(5.6%)	77(53.5%)
日間		12(6.9%)	15(10.4%)	32*(23.2%)	1(0.7%)	1(0.7%)	85(59%)
4. 社區精神醫學							
社區復健中心		14(9.7%)	7(4.7%)	34*(23.6%)	1(0.7%)	1(0.7%)	87(60.4%)
康復之家		12(8.3%)	5(3.5%)	48*(33.3%)	2(1.4%)	2(1.4%)	75(52.1%)
居家治療		14(9.7%)	14(9.7%)	24*(16.7%)	2(1.4%)	1(0.7%)	89(61.8%)
5. 社政床數		10(6.9%)	5(3.5%)	34*(23.6%)	1(0.7%)	1(0.7%)	96(64.6%)
6. 藥癮床數(公費床)		2(1.4%)	3(2.1%)	36*(28%)	3(2.1%)	1(0.7%)	99(69.3%)
藥癮床數(自費床)		6(4.2%)	5(3.5%)	34*(23.6%)	1(0.7%)	1(0.7%)	97(67.4%)
7. 家暴防治人次		5(3.5%)	9(6.3%)	41*(28.5%)	0(0%)	1(0.7%)	88(61.1%)
8. 性侵害防治人次		5(3.5%)	9(6.3%)	42*(29.2%)	0(0%)	1(0.7%)	87(60.4%)
9. 早期療育床數		5(3.5%)	3(2.1%)	37*(25.7%)	0(0%)	3(2.1%)	96(66.7%)

\*表示所占百分比最高

在精神醫療與健保中較不重要，為單純起見，只分析醫院與復健機構的資料。支付制度態度方面，因無意見或不同意數量較少，合併成一個類別變項，以方便作卡方檢定作雙變項之分析。結果如下：

就論質計酬支付制度態度而言：機構（醫院／復健中心）、屬性（公立醫院／私立醫院）、層級（專科醫院／綜合醫院）、職務（院長／主任／負責人）、位置（北／中／南／東）、獲利營運（盈餘／沒

盈餘）類別之不同，對支付制度的看法有差異。機構（醫院／復健中心）類別之不同，對於「不會造成較多文書工作」、「醫療資源（含社區）可合理分配」、「申報手續簡單」等項目的看法上有明顯差異性。層級（專科／綜合）在「醫療品質可藉由訂定最低需求來監控」的看法上有明顯差異性。職務（院長／主任／負責人）類別之不同，在「可確保品質」、及「醫療資源（含社區）可合理分配」等項目的看法亦有明顯差異





性。地理位置（北／中／南／東）在「不會造成機構間的競爭和衝突」、「醫療品質可藉由訂定最低需求來監控」的看法有明顯差異性。

特別是獲利性考量在「不會造成機構間的競爭和衝突」、「醫療資源（含社區）可合理分配」有明顯差異性。獲利性考量在「不會造成機構間的競爭和衝突」、「不會造成較多文書工作」、「醫療機構有較大彈性及意願提供更整體的服務」、「可確保品質」、「醫療品質可藉由訂定最低需求來監控」、「健保審查可定統一標準」、「醫療資源（含社區）可合理分配」、「機構會因此支付制度而獲利」、「藥價藥量獲得控制」、「病人就醫的方便性得到改善」、「病人滿意度會得到提昇」的影響力最大，故以上諸因子中，獲利性考量是最重要的影響因子（如表五）。

機構：醫院VS復健機構；單位屬性：公立醫院VS私立醫院；層級：專科醫院VS綜合醫院；領導者職務：院長VS主任VS負責人；地理位置：北VS中VS南VS東；計薪方式：變動VS固定；機構獲利性：虧損VS打平VS盈餘

#### 六、影響精神醫療服務之預測模式之建立（研究架構二）

醫療機構基本資料、人口學變項、醫療資源，獲利性考量等構面與14項精神醫療服務之增減進行卡方檢定後，將有意義部分再進行邏輯斯迴歸分析，以探討不同構面之變項，對醫療機構增減精神醫療服務計畫之影響。

扣除診所組之後，以醫院組，精神復健機構組為對象進行統計分析，其結果是日間病房服務量之增減與構獲利性高低考量有關；康復之家服務量之增減與層級（專科醫院VS綜合醫院）有關；社區復健中心與服務量之增減與層級（專科醫院VS綜合醫院）與構獲利性高低考量有關；居家治療服務量之增減與單位屬性（公立醫院VS私立醫院）有關；社政床服務量之增減與層級（專科醫院VS綜合醫院）有關；藥癮自費床服務量之增減的與單位屬性（公立醫院VS私立醫院）及層級（專科醫院VS綜合醫院）有關。整體而言，與獲利、層級、屬性之間的關係最大（如表六）。

## 討論

### 一、研究結果

1. 支付制度態度方面，可分健保行政事務、合理性、與品質三方面來討論

(1) 健保行政事務較為正面的部份：相較於簡以嘉（2000）對論量計酬的研究，肯定「支付點數可以適當訂定」的受訪者較為減少，由74.8%變成61.8%，究其原因可能是長期以來健保費用成本未精算引起的不滿與失望所致。認為「申報手續繁雜」的人數大幅下降，這與台灣醫療機構資訊電腦化普及，尤其網路化大量減輕了工作量有關由83.9%變成21.3%。54.2%的受訪者認為「藥價及藥量將會進一步受到控制」，或許對健





表五：論質計酬態度支付制度與機構基本特性之雙變項分析作卡方檢定

基本特性	機構	屬性	層級	職務	地理位置	計薪	獲利性	
1. 健保局可以適度訂定支付點數或金額	無意見或不同意 VS 同意 (.29)	3.681 (.29)	3.042 (.38)	2.061 (.56)	5.326 (.503)	11.477 (.244)	2.822 (.516)	12.412 (.191)
2. 不會造成機構間的競爭和衝突	無意見或不同意 VS 同意 (.96)	.081 (.96)	.804 (.669)	4.945 (.084)	4.212 (.378)	13.649* (.034)	7.782* (.02)	18.804* (.005)
3. 不會造成較多的文書工作	無意見或不同意 VS 同意 (.01)	.13.8* (.01)	.569 (.75)	.917 (.632)	5.798 (.215)	2.665 (.85)	2.837 (.242)	16.584* (.011)
4. 醫療機構有較大彈性及意願提供更整體的服務	無意見或不同意 VS 同意 (.51)	2.319 (.51)	1.487 (.68)	1.352 (.717)	4.212 (.148)	4.065 (.907)	1.067 (.785)	19.212* (.023)
5. 不會誘發醫師產生偏差行為選擇較健康的個案收療	無意見或不同意 VS 同意 (.85)	.305 (.85)	1.751 (.42)	3.069 (.216)	3.272 (.513)	6.48 (.372)	3.078 (.215)	3.534 (.739)
6. 機構不會縮短病人的住院天數	無意見或不同意 VS 同意 (.39)	1.836 (.39)	5.789 (.55)	1.285 (.533)	5.291 (.259)	10.005 (.122)	3.18 (.204)	9.743 (.136)
7. 可以確保醫療品質	無意見或不同意 VS 同意 (.71)	1.371 (.71)	2.523 (.47)	7.327 (.062)	13.852* (.031)	8.772 (.459)	2.386 (.496)	22.787* (.007)
8. 醫療品質可藉由訂定最低需求來監控	無意見或不同意 VS 同意 (.74)	.587 (.74)	2.987 (.22)	7.45* (.024)	8.806 (.066)	14.403* (.025)	3.555 (.169)	14.315* (.026)
9. 申報手續簡單	無意見或不同意 VS 同意 (.02)	7.693* (.02)	.059 (.97)	1.086 (.578)	7.866 (.097)	11.597 (.072)	9.57 (.62)	11.232 (.081)
10. 健保審查可定統一標準	無意見或不同意 VS 同意 (.27)	2.557 (.27)	.458 (.79)	.312 (.856)	2.51 (.643)	.592 (.47)	.238 (.888)	19.859* (.003)
11. 健保局容易訂定精神科預算	無意見或不同意 VS 同意 (.54)	1.22 (.54)	.022 (.98)	1.44 (.487)	1.527 (.822)	6.501 (.37)	4.08 (.129)	16.201* (.013)
12. 醫療資源(含社區)可合理分配	無意見或不同意 VS 同意 (.02)	7.674* (.02)	.235 (.88)	1.057 (.59)	9.991* (.041)	18.652* (.005)	6.898* (.032)	16.4* (.012)
13. 病人的住院天數延長	無意見或不同意 VS 同意 (.64)	.889 (.64)	.632 (.72)	.736 (.692)	3.105 (.54)	13.986* (.03)	5.085 (.079)	7.711 (.26)
14. 申報手續複雜	無意見或不同意 VS 同意 (.30)	2.382 (.30)	.344 (.84)	.537 (.76)	6.031 (.197)	12.657* (.049)	2.376 (.305)	11.503 (.074)
15. 機構會因此支付制度而獲利	無意見或不同意 VS 同意 (.39)	1.838 (.39)	2.542 (.28)	4.628 (.099)	4.445 (.349)	12.385 (.054)	.12 (.942)	12.863* (.045)
16. 病人就醫的方便性得到改善	無意見或不同意 VS 同意 (.67)	1.518 (.67)	5.169 (.16)	2.959 (.228)	8.266 (.219)	5.052 (.83)	4.566 (.206)	17.362* (.047)
17. 藥價及藥量會進一步得到控制	無意見或不同意 VS 同意 (.44)	2.652 (.44)	4.226 (.23)	4.4942 (.213)	6.541 (.375)	15.138 (.087)	2.032 (.566)	18.561* (.029)
18. 病人滿意度會得到提昇	無意見或不同意 VS 同意 (.56)	1.14 (.56)	1.94 (.37)	2.21 (.33)	5.5 (.237)	7.897 (.246)	2.684 (.261)	20.182* (.043)

註：此表的上方為卡方值，下方有括號為p值，\*表p值小於0.05





表六：論質計酬之邏輯斯迴歸分析

項目	門診	急性病房	日間病房	康復之家	社區復健中心	居家治療	社政床	藥癮(自)	家暴防治	性侵害防治
機構(醫院 VS 復健)				1.23	.29					
屬性(公立 VS 私立)	.223	2.725	2.319	2.494	1.458	4.61*	3.356	10.6*	1.319	1.414
層級(綜合 VS 專科)	1.89	2.36	1.017	4.194*	4.473*	2.54	6.603*	10.9*	1.913	1.967
>65 歲人口%	.582	.717	.761	1.007	1.593	.327	4.978	3.355	.77	.788
日間病房床數	.554	.38	1.467	.559	.183*	.554	6.69*	.697	1.606	1.579
獲利	1.808	3.764	10.04*	.684	16.02*	.4003	1.611	1.46	.367	.376

註：(1) 以上數字表勝算比；\*表p值小於0.05；(2) 所謂高VS低在人口學變項中是以以全國平均數做為比較的基準。在精神醫療資源中是以全國中位數做為比較的基準。粗體字代表p值<0.05

保局而言這是一個好現象，但是過度抑制藥價的結果，將會出現劣藥驅逐良藥的結果，甚至引發醫療院所鼓勵自費購藥的情形，是否是台灣醫療服務未來將走的方向值得重視。此制度下行政事變簡化，藥價成本得到控制。簡以嘉的研究是針對全國精神科醫師作支付制度的普查，不分主任，主治醫師，住院醫師。而本人所作研究是以主任級以上或復健單位負責人作普查，因受訪者有行政職，對健保事務較主治醫師，住院醫師了解。但因研究方法目的大致相同，所以本人認為有比較上的意義。

(2) 健保行政事務方面較負面的部分：超過六成（66.7%）的受訪者認為論質計酬制度將會引發「機構間更激烈的競爭與衝突」，意味著自由市場的醫療生態更加成

形，回歸自由市場的醫療環境引發的醫療行為問題實在是值得相關單位深入思考。再從只有11.8%的受訪者認為「機構會因此支付制度而獲利」來看（53.5%的受訪者不認為會獲利），顯見醫療機構對健保實施論質計酬的前景採取悲觀的態度。認為「健保審查可訂定統一標準」的同意程度較以往下降，由47.7%變成40.8%這可說明了台灣實施健保以來，大家對這個制度逐漸失去信心。以上屬於與健保行政事務有關的題目之分析探討。此制度下競爭激烈，獲利變差。

(3) 健保合理性方面：與實施論量計酬相較，實施論質計酬會降低精神醫療機構提供整體服務的意願，由56.3%變成41%限制了供給者的彈性空間。有高達70.1%的受訪者表示實施論質計酬將會誘發



醫師產生偏差行為，醫師的偏差行為如「選擇較健康的個案收療」的情形將會越來越嚴重由54.4%變成70.1%。因為重病住院將會消耗較多的醫療資源，不利醫院的經營管理，雖說醫院是為了生存而改變了醫療行為，但受到傷害的卻是廣大的民眾患者。有52.8%的受訪者表示實施論質計酬後，將會縮短病人住院的時間。顯然論質計酬較能改善病患超長住院的情形，由35.6%變成56.3%。但是過度壓縮病患的住院天數，讓還不宜出院的病人出院，有時也會導致更多的醫療糾紛。42.4%的受訪者不認為論質計酬制度可以讓醫療資源更合理地分配，和之前對論量計酬制度態度的研究相比稍微下降，由17.6%變成34%，意即實施論量計酬導致醫療資源分配相當不合理，雖然也不認為新制度可以大幅改善多少，但畢竟抱持著期待，凸顯現階段醫療資源不合理分配的嚴重情形。以上屬於與健保合理性有關的題目之分析探討，大家不看好精神科論質計酬的合理性。

- (4) 健保品質方面：有大多的受訪者不認為論質計酬制能確保醫療品質由53.5%變成72.4%（另外有41.7%的受訪者認為這個制度並不會提高病人的滿意度），雖然相較於論量計酬制的研究這個比率是

高了些，但卻無法因此就認定論量計酬制比較能確保醫療品質，我們必須將論量計酬實施以來出現的問題及台灣精神醫療體系長期以來的不完整，這樣的社會性因素納入考量，因此面對新的支付制度受訪者普遍出現的負面情緒自然會較以往為高。大多受訪者肯定了「醫療品質可藉由訂定最低需求來監控」，較以前的研究大幅上揚，由45.7%變成55.6%，顯示近年來台灣醫療環境逐漸重視品質管理，且與越來越多的醫師投身醫務管理有關。以上屬於與健保品質有關的題目之分析探討，品質管理成未來主流。

國外無論質計酬有較類似的論人計酬，對比美國報告認為大部份的基層醫師對論人計酬是負向態度，認為此制度的好處依序是重視成本，強調基層醫師的重要性，降低不必要的醫療利用，減少浪費與成本，改善連續性照護與品質。認為此制度的壞處依序是使病人與工作人員對醫療利益產生混淆，花太多時間解釋病人的利益，增加行政工作，減少病人的方便性，使得醫生彼此之間，醫生及其它專業人員的競爭增加，並且有被告的風險；降低其自主性，造成醫病關係緊張。其好處與前一位學者相同，但壞處是造成醫生不便（Ellsbury K, 1990），所以與台灣相比有某種程度的相似性。

健保總額制度的實施，對醫療行為





有很大的影響，任何制度特別是給付的變動，造成醫療院所因應的變化是可預期的。健保局為因應健保財務困境，未來極可能實施論質計酬方案，然而由本研究之結果顯示，受訪者對於論質計酬多抱持負面態度，此原因可能是因為對此方案的不瞭解，或者相關配套措施不足，擔心慢性病患滯留醫院將造成機構財務負擔的風險所致。因此，除非具備相關配套措施，否則不宜貿然實施精神科論質計酬將方案。整體而言精神科論質計酬調查結果，好處是行政事務簡化，品質管理成未來主流。壞處是競爭激烈，獲利變差，不看好精神科論質計酬的合理性。

不同的機構（醫院或復健中心）、職務（院長／負責人）、層級（綜合醫院或專科醫院）及獲利考量等類別，對支付制度的看法明顯不同。機構（醫院/復健中心）類別之不同，對於「不會造成較多文書工作」、「醫療資源（含社區）可合理分配」、「申報手續簡單」等項目的看法上有明顯差異性。醫院的專業人力及規模皆比復健中心完善，特別是公立的專科醫院，所以公立醫院醫療服務與資源（含社區）作的較好。層級（專科／綜合）在「醫療品質可藉由訂定最低需求來監控」的看法上有明顯差異性。專科醫院全力發展精神科業務，所以對品質自然嚴格，也容易全心投入。職務（院長／主任／負責人）類別之不同，在「可確保品質」、及「醫療資源（含社區）可合理分配」等項目的看法亦有明顯差

異性，因為復健機構負責人，在人力與資源方面，不如醫院的院長或科主任。因此專科醫院在面對實施論質計酬制度之後可能出現的機構間的競爭與衝突、醫療資源的不合理分配等變動時，預期將會有較大的變應能力，同時對醫療品質的維護也較具信心；反觀復健中心除對上述變局感到悲觀外，連文書作業與品質管理也成為沉重負擔。獲利考量影響範圍更大，因為在論質計酬下費用遠比全年使用門診與社區復健費用為高，但比長期使用住院醫療費用為低，所以醫療院所要精打細算。

結論是論質計酬若實施，公立、精神科專科醫院有優勢作好精神醫療服務，但在獲利考量之下會全力發展門診與社區復健。私立醫院、綜合醫院無力作好品質管控醫療資源（含社區）無法合理分配，面對論質計酬恐無力回應，應會全力抵制。

2. 醫療服務變化方面：針對論質計酬，大部分的受訪者表示，不會改變目前的因應服務。此結果與Shern, DL的研究相同，不論何種制度，大部分的受訪者表示不會改變目前的醫療服務（Shern D L, Donahue S A, Felton C, etal 1995）。就多變項迴歸分析結果而言，精神醫療的設立在論質計酬之下可見社區精神醫療（日間病房、康復之家、居家治療）的設立與機構獲利（獲利增加VS沒增加）、醫療機構層級（綜合VS專科）、單位屬性（公立VS私立）之間的關係很大。萬育維與萬





心蕊指出相對於社區精神醫學快速發展的國家而言，台灣的社區精神復健機構嚴重不足，究其原因是社區醫療的健保給付偏低，醫院投資意願不高，加上用地取得困難，社區居民的反對，工作人員工作量大、薪資低、流動率高等，均是重要原因（萬育維與萬心蕊，1988）。此外，許多社區復健中心往往成為精神專科醫院週轉急性與慢性病人出院的中介站，成為急性與慢性病床的外圍病床。多數綜合醫院受訪單位，傾向不考慮發展社區精神醫療，除了獲利性低這個原因外，這些機構不像公立精神科專科醫院有政策上的包袱。多數綜合醫院受訪單位，傾向不考慮發展社區精神醫療，除了獲利性低這個原因外，專科醫院與公立醫院因為有擴充社區精神醫學的使命與衛生政策上要求，所以很多社區精神醫療比綜合與私立醫院積極。由以上分析可知，社區精神醫療設立與獲利、層級、屬性之間的關係較大。最後是在論質計酬之下，專科醫院與公立醫院會擴充社區精神醫學，健全完整精神醫療體系。至於藥癮、社政床、家暴、性侵害與論質計酬關係不大，它多由社會局給付或自費項目。研究結果顯示，社政床服務量之增減與層級（專科醫院VS綜合醫院）有關；藥癮自費床服務量之增減的與單位屬性（公立醫院VS私立醫院）及層級（專科醫院VS綜合醫院）有關；家暴、性侵害與任何因素無

關。可能原因是專科醫院在健保管制之下增加收入有困難，但有空間設社政床收治精神病患以增收入。藥癮自費床與公立醫院、專科醫院有關是因衛生政策要求，來自上級命令所致。家暴、性侵害社會局給付少，也不是醫院日常業務，與健保無關，所以與論質計酬之下看不出什麼結果。

此研究本來預期論質計酬之下，社區精神醫療機構會有發展，但是受訪者表示不會改變目前的醫療服務。可能原因是論質計酬必須與其他醫院成立精神醫療網，且相較之下精神科是小科，讓綜合醫院管理者發展社區精神醫療的誘因不足。因此本研究由精神醫學會促使透過支付標準來提高經濟誘因，健全精神醫療發展。為了社區精神醫學的發展，也建議放寬評鑑標準，獎勵相關從業人員，廣設康復之家與社區復健中心，以符合不同患者服務的需求。

## 二、研究價值

確定論質計酬制度並未獲得精神醫療醫師的支持，而醫師的支持與否是健保制度成敗的關鍵因素，因此本研究足可成為未來國內是否實施精神醫療論質計酬制度的重要決策參考依據。精神科論質計酬制度未獲得支持的原因，則是受訪者認為實施該制度會造成機構的衝突、資源不合理分配、健保獲利不理想，而且該制度的實施亦無法確保醫療品質，對社區精神醫學的發展亦不會有助益。因此健保局在是否全面實施論質計酬制度的決策過程中，應再謹慎考







量，避免精神醫療暨社區精神醫療的發展受到限制。在論質計酬之下，專科醫院與公立醫院會擴充社區精神醫學，健全完整精神醫療體系。但在獲利考量之下會全力發展門診與社區復健。

### 三、研究限制

因為受訪者對未來支付制度的瞭解不夠，是本研究一大限制。此外，本研究分為醫院跟復健機構兩組，但很多復健機構附屬在醫院下，所以醫院附設復健機構實際負責人的意見沒有被回收的部分則以該醫院院長的意見來代替。此研究是偏向以醫院組為主要的研究報告，因為是對未來虛擬情境的調查，所以填答的人較不易下筆。更重要的是，科主任所填答的意見，也是受制於院長的主觀想法。整體而言，態度歸態度、因應的精神醫療服務歸醫療服務，因本研究還是以綜合醫院精神科主任為主，所以科主任的意見最後可能與最高管理者院長的意見不同。本研究為橫段性的調查研究，而支付制度會影響整個精神醫療資源的分佈，因此，建議後續研究者進行較長時間的縱貫面研究，以瞭解在不同時空背景下的變化趨勢。

### 文獻參考

1. 劉見祥 (1998)。全民健保支付制度趨勢；醫院雜誌，32 (6):15-20。
2. 楊志良 (1998)。全民健保保險人多元化制度之理論與規畫；醫院雜誌，31:1-13。
3. 簡以嘉 (2000)。精神科醫師對支付制度之態度調查；醫管所碩士論文，30-49，台北：陽明大學。
4. 楊聰財 (2000，六月)。精神醫療機構整體性醫療品質評量指標，台灣精神醫學會、全民健保精神醫療支付第一次研討會61-65，台北：台大醫學院。
5. 精神醫學會 (2002，11月)。大會議程15-22，彰化：彰化基督教醫院。
6. 彭英傑 (2001)。影響醫療機構擴增不同型態精神醫療資源意願之因素探討，醫管所碩士論文，72，台北：國立台灣大學。
7. 劉俊顯 (1997)。全民健康保險對精神醫療住院與費用之影響研究兼論其對精神醫療資源與體系之政策意義，醫管所碩士論文，53-54，台中：中國醫藥學院。
8. 曾婉君 (1999)。支付制度對精神醫療院所之影響，質性研究，衛生福利研究所碩士論文，92-96，台北：陽明大學。
9. 行政院衛生署 (1997)。精神醫療網執行情形、第三期精神醫療網，6-16，台北：衛生署。
10. 行政院衛生署 (2001)。精神醫療網執行績效與執行檢討、第四期精神醫療網，41，台北：衛生署。
11. 陳宏 (2000，六月)。精神醫療服務提供者對支付制度之因應，全民健保精神醫療支付第一次研討會，台灣精神醫學會，82，台北：台大醫學院。
12. 錢慶文 (2000，五月)。精神醫療產





- 業的經營管理之道、精神醫學通訊19(5), 5台北:台灣精神醫學會。
13. 萬育維與萬心蕊 (1988, 七月)。北市慢性精神障礙者安置照顧模式之規畫研究, 北市社會局委託研究, 84、台北:社會局。
  14. Orwart RA, Schlesinger M, Davidson...et al (1991). National study of psychiatric hospital care. *Am J.Psychiatry*, 148:204-10.
  15. Horwitz AV, Scheid TL A (1999). *Handbook for the study of Mental Health*. United Kingdom. Cambridge University Press.
  16. Mechanic D.MeAlpine D. Olfson M. (1998). Changing Pattern of Psychiatric Inpatient Care in the United States. 1988-1994, *Archives of General Psychiatry*, 785-91
  17. Sederer L I (1987). Utilization ReView & quality assurance: Staying in the black & working in the blue. *General Hospital Psychiatry*, 9(3):210-19.
  18. Mihalik G J (1988). Accreditation in managed behavioral health care: in interview with Mary ceasare-murphy and Sharda. *Journal of Health Care Finance*, spring, 24(3)51-65.
  19. Ellsbury K (1990). Attitudes of Washington state primary care physicians toward capitation-base insurance plans. *The Journal of Family Practice*, 30(1): 89-94.
  20. Shern D L, Donahue S A, Felton C. et al (1995). Partial capitation and fee for service in mental health care. *Health Affairs*, 14(3):208-19.

---

# The attitude and service changes in Institutes of Mental Health Care in Response To quality-Based Payment System

Hung-Sheng Soung, Syi Su\*

## Abstract

**Object:** To analyze the relation between mental health institutes' attitude toward quality-based payment system and the change of mental health services.

**Method:** This cross-sectional study was conducted by the same responders of the mental health institutes that provide mental health services. Author used questionnaires to survey psychiatric rehabilitation institutions and psychiatric clinics in Taiwan. Author surveyed their attitudes and alterations of their services, I used bivariate analysis to analyze their attitudes and used logic regression to analyze the alterations of mental services. Author mailed 267 questionnaires, 166 was returned and the response rate was 62.5%

**Result:** Their attitudes to quality-based payment system were pessimistic. More than 60% of responders thought that insurance unit can set appropriate money for services and set the psychiatry budget more easily. More than 70% responders thought that conflicts between institutes may happen and deviant behaviors may be induced. In general, most mental institutes haven't done any alteration in their services. If there is service volume changes, most of them prefer increasing their service items which cost lower such as OPD, day-care ward, and home visit services. Community service is related to institute profitability and institute level. Community psychiatry set up under quality-base payment system is related to institute profitability, institute level and institute belonging.

---

No 386, Rong-guang Rd, Nei-Cheng village, Yuang-Shan Township, I-lan country, Taiwan  
Received: April 20, 2006  
Revised: June 6, 2006  
Accepted: July 7, 2006



---

**Conclusion:** About 70% of our responders thought that there are more disadvantages than advantages about the design of quality-based payment system. Furthermore, the majority of mental institutes haven't changed their service because of the change of payment system. Most of the responders were pessimistic to the profitability after the quality-based payment is started.

Key words: Payment System; Mental Health; Quality-Based Payment System