

基層醫師對實施總額預算初期成效之評價——以健保中區分局轄區為例

葉德豐^{1,2,3} 楊銘欽² 王俊文³ 張睿詒^{2,*}

目標：本研究的目的旨在探討基層醫師在總額支付制度實施後對總額委員會管理制度的評價，包括同儕制約、提升專業自主性、保障執業收入、審查制度合理化、提升醫療品質、提升醫病關係等。另徵詢基層醫師對於高額折付以及醫院、基層之門診總額是否合併之意見。**方法：**本研究採取自行設計之結構式問卷，以92年2月23日為基準日，採用分層系統抽樣的方式自中部四縣市與健保局特約之1715家西醫診所抽取200家為研究對象，回收有效問卷144份，回收率為72%。**結果：**基層醫師對提升專業自主性、同儕制約、審查合理性、保障執業收入等策略的同意度較高；對於有提升醫療品質與醫病關係等策略的同意度與不同意各半。只有約半數的醫師贊成實施高額折付，卻只有不到二成的醫師贊成基層與醫院門診總額合併。**結論：**從本研究的結果可以發現，醫師團體較傾向於採取保護團體成員收入與專業自主性的策略，對於提升品質的策略較無法顯現。本研究建議醫師團體應逐步利用累積的資訊建立更完善的品質提升措施，並在點值逐步下降的時候思考如何在保障會員權益與提升效率中求取平衡點，以追求永續發展。(台灣衛誌 2005；24(6)：539-547)

關鍵詞：總額支付制度、醫師團體、基層醫師

前 言

在美國，由於醫療費用大幅上漲，民眾對醫療品質的要求愈來愈高，基層醫師面對管理式照護組織日益強大的壓力，執業滿意度節節下降；有研究顯示，收入下降並非導致醫師滿意度下降的主要因素，反而是擔心執業自主性、醫病關係受到威脅以及無法依專業自主判斷提供病患高品質照護等方面才是造成醫師執業滿意度下降的主因[1,2]。有

鑑於此，醫師們紛紛從以往個人執業或小型聯合執業結合成大型的醫師團體，以增加與保險團體協商的能力，藉以保障其收入以及提升專業自主性。這些醫師團體的角色是與保險團體洽商合理的費率，使其會員醫師能夠在合理的報酬下執行醫療業務，同時也必須擔負起管理團體內成員的執業行為，以滿足保險團體與病患對於醫療服務提供的期望。

我國全民健康保險自1995年實施以來，台灣醫界面臨重大的衝擊。由於實施全民健保，政府成為醫療市場中最大的買主，為控制醫療支出成長，同時確保服務的適當性和品質，政府對醫療體系的規範也因而逐漸增強，使得醫療院所自由發展的自主性降低。而為了有效的規範醫療發展，政府對醫療院所不再採取針對個別醫療提供者之微觀調控方式，而是以醫院或醫師團體為協商對象，

¹ 中台科技大學醫務管理系

² 國立台灣大學醫療機構管理研究所

³ 中山醫學大學醫務管理學系

* 通訊作者：張睿詒

聯絡地址：100臺北市中正區徐州路19號

E-mail: rchang@ntu.edu.tw

投稿日期：93年12月22日

接受日期：94年6月16日

逐漸導入總額支付制度之宏觀調控方式。

總額支付制度是指付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間(通常為一年)內健康保險醫療服務總支出(預算總額)，以酬付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務費用，並藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。總額支付制度具有協商機制，利於解決資源有限的基本問題，以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突；並可透過醫療費用總額支付制度的重新分配，解決資源分配不均的問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。以我國西醫基層總額支付制度的架構為例，中華民國醫師公會全國聯合會必須籌組專業組織，負責執行面規劃事宜，如支付項目及支付標準與方法的研擬、審查醫師的遴聘及管理、醫療費用專業審查、醫療品質的審查與促進、特約醫事服務機構違規情形的輔導與查核建議等，並於各分區設分會，由各縣市遴派醫師參與，負責各區實際醫療行政事項及專業審查等作業[3]。

從我國總額支付制度的發展歷史來看，牙醫門診總額支付制度於87年7月開始試辦；中醫於89年7月開始實施；西醫基層於90年7月開始實施；91年7月醫院總額支付制度實施後，我國進入全面實施總額支付制度的時代。

根據牙醫總額制度實施的經驗，專業自主性和資源分配上有很大的進展；而公會團體人性化的管理，使得同儕制約的力量更能發揮，總額點值亦可控制在合理的範圍內[4-7]。有研究顯示，牙醫師認為牙科總額支付制度實施後，醫療品質與醫病關係並無顯著的影響，而健保局給予的專業尊重卻有增加[8]。在中醫方面，根據研究顯示，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，但現行的支付標準、審查制度和中醫醫療品質的提升，仍有許多改進的空間[9]；而根據調查顯示，給付點數(金額)及專業醫師審查作業是中醫師面對總額支付制度最不滿意的指標[10]。在西醫基層方面，僅少數的研究針對總額支付制度實施前後醫師

執業滿意度與醫療服務品質進行探討，結果發現，總額支付制度實施後醫師的執業滿意度與醫療服務品質水準均未下降[11-13]。然而，目前並無研究探討有關總額支付制度實施後，相關醫師團體採取之策略走向，以及醫師對於醫師團體之策略的評價。

因此，本研究旨在探討總額支付制度實施後，中部基層醫師對於總額委員會實施策略之評價，包含同儕制約、提升專業自主性、保障執業收入、審查制度合理化、提升醫療品質、提升醫病關係等策略的評價；另徵詢中部基層醫師對於未來支付制度改變之意見。

材料與方法

一、研究對象

本研究之研究對象為台中市、台中縣、南投縣、彰化縣四個地區的基層西醫診所(不包中醫與牙醫)，抽樣基準是以92年2月23日中央健康保險局全球資訊網上的特約醫療院所名單為母群體共1715家，從中按各縣市的診所數百分比抽取共200家進行調查，其中台中市68家、台中縣64家、彰化45家及南投23家，每家診所訪問一位醫師，再由經研究者施以訓練之訪員實地訪查。實際回收有效問卷共144份，總回收率72%；其中台中市52份、台中縣35份、彰化縣36份、南投縣21份，經適合度檢定並無顯著差異(如表一)。

二、問卷設計

本研究以自行設計之結構式問卷進行調查。問卷內容主要可分二部分：一為受訪醫師的基本資料，包括受訪醫師的年齡、性別、執業地點、從事基層執業時間、執業方式(單獨執業或聯合執業)及平均每日門診人次等；另一部分為基層醫師對於總額委員會實施第一期基層總額制度之策略評價，其中包含同儕制約、提升專業自主性、保障執業收入、審查制度合理化、提升醫療品質、提升醫病關係等，以及對是否實施高額折扣與醫院、基層門診總額合併兩個議題的意見。

表一 抽樣樣本與回收樣本之適合度檢定

縣市	抽樣樣本數	回收樣本數	回收率(%)
台中市	68	52	76.5
台中縣	64	35	54.7
彰化縣	45	36	80.0
南投縣	23	21	91.3
合計	200	144	72.0

適合度檢定卡方值：2.6738 ($p=0.4447$)

三、統計分析方法

本研究採用SAS 9.0版進行統計分析，先進行各變項之次數分配與卡方檢定，再針對第二部分之各項議題進行對數迴歸分析(logistic regression)。

結 果

一、研究對象之基本資料

根據表二所示，在所有144份有效問卷中，39歲以下、40-49歲、50歲以上約各佔三分之一；男性佔八成以上；執業地點的比率大致與健保特約院所數相符；基層執業年數以6-10年者佔三成最多，其他各組均約各佔兩成左右；執業方式之單獨執業佔七成以上，其餘為聯合執業者；平均每日門診病人數以30人以下者居多；執業科別分佈則以小兒科、家醫科、內科、耳鼻喉科、一般科、婦產科較多。

二、基層醫師對總額制度相關策略的認知與看法

根據表三所示，從整體基層醫師的角度來看，基層醫師認為實施總額支付制度對提升專業自主性與同儕制約最有幫助，持正面意見的醫師超過80%，其次為提升審查合理性，認同者約佔四分之三，而保障執業收入、提升醫療品質與提升醫病關係的同意比率則相對偏低，尤其是有助於提升醫療品質僅微幅過半，而提升醫病關係的同意比率更未超過一半。在高收入者實施打折支付部分，贊成者與反對者各佔一半；而在基層總額與醫院門診總額合併的議題上，有超過八成的醫師反對。

三、基層醫師特性對總額制度相關策略的認知與看法之差異

如表四所示，當進一步以基層醫師特性與這些策略進行卡方檢定後發現，各種基層醫師特性對於提升專業自主性的策略並無顯著差異，顯示基層醫師間對此策略的同意度相當一致性。在同儕制約方面，僅執業地點在卡方檢定中呈現顯著差異，其中台中縣醫師明顯低於其他縣市醫師。在提升審查合理性方面，男性醫師的同意度顯著低於女性；而台中縣與彰化縣則顯著低於台中市與南投縣。在保障執業收入方面具顯著差異為年齡愈高者，同意度愈低；各縣市中以台中市同意度最高，南投縣次之，台中縣與彰化縣則較低；而平均每日門診愈高的醫師，同意度愈低。在提升醫療品質方面呈現顯著差異為年齡愈高的醫師同意度愈低；男性醫師的同意度較女性低；基層執業時間較久的醫師，其同意度較執業時間較短之醫師為低。在提升醫病關係方面具顯著差異為女性醫師的同意度高於男性；而台中市與南投縣醫師的同意度高於台中縣與彰化縣之醫師。

在高額折付方面，僅有執業地點與基層執業時間之卡方檢定呈現顯著差異；其中，南投縣醫師贊成的比率高達80%，而彰化縣醫師贊成的比率卻不到三成；基層執業時間則是執業6-15年的醫師顯著低於執業時間1-5年及16年以上之醫師。在門診總額合併的議題上呈現顯著差異為年齡愈高的醫師愈不贊同；男性醫師的同意程度遠低於女性；除了台中市醫師同意度達四成以外，其他縣市的醫師均只有個位數的百分比；基層執業時間11-15年的醫師最反對；聯合執業醫師的同意

表二 研究對象基本資料表

變項	人數	百分比(%)	變項	人數	百分比(%)
總數	144		門診人數		
年齡			30人以下	49	34.3
39歲以下	42	29.2	31-40人	24	16.8
40-49歲	55	38.2	41-50人	34	23.8
50歲以上	47	32.6	51人以上	36	25.2
性別			未答	1	
男	117	83.6	執業科別(複選)		
女	23	16.4	小兒科	40	28.0
未答	4		家醫科	33	23.1
執業地點			內科	32	22.4
台中市	52	36.1	耳鼻喉科	25	17.5
台中縣	35	24.3	一般科	15	10.5
彰化縣	36	25.0	婦產科	14	9.8
南投縣	21	14.6	外科	11	7.7
執業年數			眼科	9	6.3
1-5年	32	23.7	皮膚科	7	4.9
6-10年	44	32.6	泌尿科	5	3.5
11-15年	29	21.5	神經科	4	2.8
16年以上	30	22.2	神經外科	3	2.1
未答	9		復健科	3	2.1
執業方式			骨科	2	1.4
單獨執業	102	73.4	精神科	2	1.4
聯合執業	37	26.6	整形外科	1	0.7
未答	5				

表三 研究對象對總額策略之認知與看法

變項	同意		不同意	
	人數	百分比(%)	人數	百分比(%)
有助於提昇專業自主性	118	82.5	25	17.5
有助於同儕制約	117	81.3	27	18.8
有助於提昇審查合理性	107	74.3	37	25.7
有助於保障執業收入	95	66.0	49	34.0
有助於提昇醫療品質	74	51.4	70	48.6
有助於提昇醫病關係	71	49.3	73	50.7
高額折付	70	49.6	71	50.4
與醫院門診總額合併	28	19.9	113	80.1

度明顯高於單獨執業的醫師；而每日門診人次愈高的醫師愈不贊成。

四、基層醫師特性對總額制度相關策略的認知與看法之對數迴歸分析

在對數迴歸分析結果如表五所示。在提

升專業自主性方面，當控制各種基層醫師特性後，所有變數均呈現無顯著差異，顯示基層醫師間對此議題的一致性相當高。在同儕制約方面，當控制其他變數後，50歲以上醫師的同意度顯著低於39歲以下的醫師，勝算比(OR)為0.008；而基層執業時間超過16年的醫

表四 研究對象個人特性間對總額策略之同意度百分比

	有助於 提昇專業 自主性	有助於 同儕制約	有助於 提昇審查 合理性	有助於 保障執業 業收入	有助於 提昇醫療 品質	有助於 提昇醫病 關係	高 額 折 付	與 醫 院 門 診 總 額 合 併
總數	82.5	81.3	74.3	66.0	51.4	49.3	49.6	19.9
年齡(χ^2 值)	0.550	1.229	1.399	13.451***	9.805**	4.241	1.326	12.530**
39歲以下	83.3	85.7	81.0	88.1	66.7	61.9	45.2	38.1
40-49歲	79.6	81.8	70.9	60.0	54.5	47.3	52.8	12.7
50歲以上	85.1	76.6	72.3	53.2	34.0	40.4	43.5	11.4
性別(χ^2 值)	1.417	1.775	3.902*	5.512*	10.237***	4.214*	0.798	12.750***
男	81.0	79.5	71.8	61.5	46.2	46.2	48.7	14.9
女	91.3	91.3	91.3	87.0	82.6	69.6	59.1	47.8
執業地點(χ^2 值)	3.543	8.455*	14.398**	28.782***	4.851	10.093*	13.292**	31.099***
台中市	80.8	82.7	86.5	90.4	59.6	61.5	48.1	44.2
台中縣	74.3	65.7	57.1	37.1	40.0	42.9	54.3	8.6
彰化縣	88.9	91.7	63.9	55.6	44.4	30.6	29.4	2.9
南投縣	90.0	85.7	90.5	71.4	61.9	61.9	80.0	5.0
執業年數(χ^2 值)	2.273	4.222	3.797	2.001	8.712*	6.092	11.040*	10.809*
1-5年	78.1	75.0	75.0	75.0	65.6	56.3	62.5	37.5
6-10年	86.4	79.5	77.3	63.6	59.1	61.4	36.4	20.9
11-15年	75.0	75.9	62.1	58.6	31.0	34.5	34.6	3.6
16年以上	86.7	93.3	83.3	63.3	46.7	43.3	66.7	17.2
執業方式(χ^2 值)	3.267	0.773	1.280	1.037	0.028	0.825	0.008	6.579**
單獨執業	86.1	82.4	71.6	63.7	52.9	48.0	50.5	15.2
聯合執業	73.0	75.7	81.1	73.0	51.4	56.8	51.4	35.1
門診人數(χ^2 值)	3.311	4.421	3.002	15.369**	5.492	7.600	5.755	14.733**
30人以下	79.6	83.7	77.6	81.6	57.1	61.2	58.3	35.4
31-40人	75.0	91.7	83.3	79.2	66.7	58.3	56.5	26.1
41-50人	81.8	70.6	64.7	52.9	38.2	44.1	51.5	6.1
51人以上	91.7	80.6	72.2	47.2	47.2	33.3	33.3	8.3

註：*：p<0.05 **：p<0.01 ***：p<0.001

師，其同意度遠高於1-5年的醫師(OR=39.39)。在提升審查合理性方面，當控制其他變數後，台中縣與彰化縣醫師之同意度均明顯低於台中市，其勝算比分別為0.20與0.21。在保障執業收入方面，當控制其他變數後，台中縣醫師之同意度均明顯低於台中市(OR=0.15)。在提升醫療品質方面，當控制其他變數後，男性醫師的同意度明顯較女性低(OR=0.17)，而南投縣醫師的同意度則明顯高於台中市(OR=6.39)。在提升醫病關係方面，當控制

各種基層醫師特性後，所有變數均呈現無顯著差異。

在高額折付方面，當控制各種基層醫師特性後，南投縣醫師的同意度顯著高於台中市(OR=18.77)；基層執業時6-10年與11-15年的醫師其同意度顯著低於執業時間1-5年醫師，勝算比分別為0.23與0.20。在門診總額合併的議題上，當控制各種基層醫師特性後，台中縣與彰化縣醫師同意度明顯低於台中市，其勝算比分別為0.16與0.04；而基層執業

表五 研究對象個人特性間對總額策略之同意度對數迴歸分析(估計係數與勝算比)

變數	參考組	係數估計 (勝算比)	有助於 提昇專業 自主性	有助於 同儕制約	有助於 提昇審查 合理性	有助於 保障執業 業收入	有助於 提昇醫療 品質	有助於 提昇醫病 關係	高額 折付	與醫院門 診總額合 併
40-49歲	39歲以下		-0.65 (0.52)	-0.67 (0.51)	0.1 (1.11)	-1.04 (0.35)	-0.15 (0.87)	-0.02 (0.98)	0.56 (1.74)	0.20 (1.22)
50歲以上			-0.34 (0.71)	-2.48** (0.08)	-0.58 (0.56)	-1.51 (0.22)	-1.42 (0.24)	0.01 (1.01)	0.33 (1.40)	0.26 (1.30)
男	女		-1.43 (0.24)	-1.53 (0.22)	-1.52 (0.22)	-1.34 (0.26)	-1.77** (0.17)	-0.85 (0.43)	-0.88 (0.42)	-0.94 (0.39)
台中縣	台中市		-0.71 (0.49)	0.14 (1.16)	-1.64* (0.20)	-1.90* (0.15)	0.18 (1.19)	-0.23 (0.80)	1.3 (3.65)	-1.81* (0.16)
彰化縣			0.15 (1.16)	2.14 (8.50)	-1.57* (0.21)	-1.41 (0.24)	0.34 (1.41)	-0.39 (0.68)	0.25 (1.28)	-3.36* (0.04)
南投縣			0.72 (2.05)	1.83 (6.24)	0.7 (2.02)	0.05 (1.05)	1.85* (6.39)	1.08 (2.94)	2.93*** (18.77)	-2.09 (0.12)
6-10年	1-5年		0.57 (1.77)	1.2 (3.33)	0.62 (1.85)	0.06 (1.06)	-0.25 (0.78)	0.58 (1.79)	-1.46** (0.23)	-0.78 (0.46)
11-15年			-0.22 (0.81)	0.97 (2.63)	-0.13 (0.88)	0.09 (1.09)	-1.32 (0.27)	-0.62 (0.54)	-1.62* (0.20)	-2.70* (0.07)
16年以上			0.82 (2.26)	3.67* (39.39)	1.73 (5.64)	0.62 (1.86)	0.24 (1.27)	-0.25 (0.78)	-0.01 (0.99)	-1.07 (0.34)
單獨執業	聯合執業		1.05 (2.87)	0.71 (2.03)	-0.17 (0.85)	0.71 (2.04)	0.47 (1.60)	0.01 (1.02)	0.02 (1.02)	-0.16 (0.85)
31-40人	30人以下		-0.58 (0.56)	0.81 (2.25)	0.83 (2.29)	0.33 (1.39)	0.57 (1.76)	0.1 (1.11)	-0.68 (0.50)	-0.05 (0.95)
41-50人			0.25 (1.29)	-0.98 (0.38)	0.19 (1.20)	-0.87 (0.42)	-1.07 (0.35)	-0.65 (0.52)	-1.51* (0.22)	-1.2 (0.30)
51人以上			1.25 (3.50)	-0.96 (0.38)	0.86 (2.37)	-1.08 (0.34)	-0.19 (0.82)	-0.99 (0.37)	-1.32 (0.27)	0.75 (2.13)

註：*：p<0.05 **：p<0.01 ***：p<0.001

時間11-15年醫師的同意度明顯低於1-5年的醫師(OR=0.07)。

討 論

本研究的目的主要是在探討中部基層醫師對總額委員會在西醫基層總額支付制度實施後之策略評價。根據蔡文仁、王俊文、葉德豐等人之研究，在基層總額支付制度實施後，由於費用的控管、院所輔導以及案件專

業審查陸續移交給各區總額委員會辦理，其重大改變包括：一、落實總額支付制度專業自主管理；二、以柔性的輔導代替查核；三、中區開始執行以檔案分析作為是否進行專業抽審的依據；四、專審醫師由基層遴聘；五、支付標準的調整；六、開放跨表申請，提升基層競爭力；七、利用「健康捕手」的活動提升基層醫師之社區形象[14]。由此可知，中區總額委員會在基層總額實施初期的策略是以提升基層醫師自主性、同儕

制約、提升審查自主與減少醫師審查負擔以及調整支付標準表以保障醫師基本收入為導向，對於品質議題與醫病關係的著墨則較少。而本研究之結果可以發現基層醫師對於提升專業自主性、同儕制約、審查合理性、保障執業收入等策略的同意度較高，而對於提升醫療品質與醫病關係等策略的同意度則較低。顯示中區總額委員會實施策略之理念與基層醫師的評價具有一致性。

從各基層醫師的特性可以發現，各縣市醫師在總額相關議題中的看法並不一致，尤其是台中縣、彰化縣與台中市、南投縣常常意見上有顯著差異。造成此現象的原因可能是中區委員會將診所的輔導交由各縣市醫師公會負責，而負責人員尺度上的差異可能造成各地醫師對總額制度的看法產生差異；另一個原因則是在總額實施後，台中縣、彰化縣平均每件申報點數呈現顯著減少，因而使得基層醫師對總額制度的評價不如台中市與南投縣的醫師[15]。在高額折付方面，可能是南投縣平均每位醫師申報的總點數較低，因而希望透過高額折付拉近彼此間收入的差距；相反地，彰化縣平均每位醫師申報的總點數較高，因此較不希望實施高額折付。在門診總額合併方面，台中市醫師贊成的比率遠高於其他縣市，這或許與台中市擁有較多的醫院，診所之平均病人數為四縣市之末，即使門診總額合併後對其業務影響不大所致。

從基層醫師的年齡來看，年紀較長的醫師對總額制度的評價較低，這可能是因為這些醫師較無法改變其既有的執業模式，因而使得年長醫師對總額制度較無法適應。例如部分年長醫師不會使用電腦，而健保局中區分局一直要求中區委員會提高媒體申報率，使得部分年長醫師因此退休歇業。

在平均每日門診病人數方面，研究結果可以發現，病人數愈多的醫師，對於總額制度的同意度愈低，這可能是第一期基層總額將許多心力放在保障基層醫師的基本收入，例如醫師診察費的調整，而且對於平均申報費用較低的醫師會因檔案分析而減少專業審查。相反地，這些措施對於病人較多的醫師卻無法獲得相同的待遇，醫師診察費的累退

設計使得高門診人次的醫師收入大幅下降，而檔案分析的結果亦使他們獲得較高抽審的機會，因而使得這些醫師對於總額制度的評價不如病人較少的醫師。但是，為避免門診病人與收入被醫院所瓜分，病人愈多的醫師愈不贊成與醫院門診總額合併。

根據Page的研究顯示，醫師團體可能會因為市場狀況、主管機關的政策走向、以及專業團體本身的能力而採取包括為了維持收入與自主性之保護策略，或是為了控制成本、增進效率與提升品質之競爭策略[16]。然而，保險人基於吸引保險對象而不願過於限制保險對象的醫療給付，而醫師團體則是必須以較為寬鬆的執業限制吸引醫師加入該團體；因此，多數的醫師團體仍傾向採取保障醫師專業自主與執業收入的保護策略，而非控制成本、增進效率的效率策略。從本研究的結果來看，提升專業自主性、同儕制約、審查合理性、保障執業收入均屬於保護策略，而提升醫療品質與醫病關係則屬於競爭策略，本研究結果與Page的研究相符合，經由其成員醫師之評價，目前中區總額委員會的實際執行策略重心較偏向保護策略；而提升醫療品質的同意度不高也與楊哲銘、林文君、鍾季樺等人的研究結果相似[8]。主要原因在於提升品質策略需要完整的資訊支援以及建構完善的臨床指引，而醫師團體甫自健保單位接下總額制度的管理工作，在缺乏完整資訊的限制下，總額制度開始之初均以提升專業自主性與保障基層醫師收入為主要工作目標。

從本研究可以看出，基層醫師對目前由醫師團體負責總額制度之執行，在醫師自主性與收入保障的措施較為認同，而對提升醫療品質的部分則認為較無著力。然而，隨著總額後資訊逐步累積，醫師團體應思考如何提升品質；利用申報的醫令資料不但可以篩選執業行為異常之醫師，同時也可以建立部分常見疾病的臨床指引；對於品質績效良好的基層院所應予獎勵，但其品質指標的訂定必須以能夠實質提升病患醫療品質的指標為主，盡量避免通通有獎的心態；另外，醫師團體必須建立更完整的申訴管道，使得有疑

問或抱怨的病患能夠獲得完整的紓解。

而更值得關注的，隨著醫院支付亦加入總額的行列，醫院門診佔率逐年調降，基層院所必須面對醫院釋出大量的門診病人以及「門前診所」、「衛星診所」的紛紛設立，基層總額支付的財務壓力將逐漸增強，點值勢必下降。因此，醫師團體必須思索如何強化效率策略以控制成本，除了建立各完整的醫師檔案，控管個別醫師的執業行為外，同時必須建立更具敏感度的審查指標，使得執業行為異常的醫師得以快速現形，但不會增加正常執業醫師的負擔，而同儕制約的機制必須落實，在面對需要輔導的醫療院所實應採取更嚴謹的措施，避免放任行為。

總結之，從基層總額實施初期的經驗來看，由於點值並未大幅下降，醫師團體所採取的策略較傾向於保護策略。隨著總額制度實施，資訊逐步累積，醫師團體應思考如何提升品質；而且當點值開始下降時，醫師團體應思考如何在保障醫師權益與提升效率中取得平衡點，而不是一味地採取保護策略，以確保基層醫師長期的競爭力，並維持病患的就醫權利。

參考文獻

1. Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M et al. Managed Care, Professional Autonomy, and Income: Effects on Physician Career Satisfaction. *J Gen Inter Med* 2001;16: 675-84.
2. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA* 2003;289:442-9.
3. 全民健康保險醫療費用協定委員會：全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯。台北：行政院衛生署，2003；1-6。
4. 張友珊：牙醫門診總額預算第二年費用之協商與省思。醫院 1999；32：1-9。
5. 吳昭原、張友珊：牙醫門診總額試辦計畫各分區委員意見訪談結果。醫院 1999；32：44-55。
6. 黃昱瞳：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。台北：國立台北護理學院醫護管理研究所碩士論文，2000。
7. 曾幼筑：牙醫師推動總額支付制度集體行動之研究。台北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2001。
8. 楊哲銘、林文君、鍾季樺等：牙科總額支付制度對台北市牙醫師診療行為之影響探討。醫護科技學刊 2001；3：255-66。
9. 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研究所碩士論文，2001。
10. 應純哲、何永成、邱文作：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；3：61-71。
11. 田麗雲：西醫基層診所實施總額支付制度前後之醫療服務品質分析與探討—以中部四縣市為例。台中：中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2002。
12. 王秀蕙：全民健保實施西醫基層總額支付制度成效評估-以高屏分局為例。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文，2002。
13. 邱俊傑：西醫基層總額預算制度對高雄市診所醫師醫療行為及其經營策略與滿意度之影響。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文，2003。
14. 蔡文仁、王俊文、葉德豐：基層總額之省思與展望。臺灣醫界 2002；46：49-52。
15. 葉德豐、王俊文：西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究—以中部四縣市為例。醫務管理期刊 2002；3：11-29。
16. Page S. How physicians' organizations compete: protectionism and efficiency. *J Health Politics, Policy & Law* 2004;29:75-105.

Evaluating the preliminary achievements of the global budgeting payment system from the perspective of primary care physicians in central Taiwan

TE-FENG YEH^{1,2,3}, MING-CHIN YANG², JUINN-WEN WANG³, RAY-E CHANG^{2,*}

Objectives: The objectives of this study are to discuss the primary care physicians' evaluation of the impacts on physician organization following the implementation of the global budgeting system (including peer review, promoting professional autonomy, ensuring income, rationalizing the auditing system, improving quality of care, and improving the physician-patient relationship) and the agreement upon a discount for high-volume services and the budget combination between primary and hospital outpatient accounts. **Methods:** This study adopted the survey method of a self-designed structured questionnaire. It used the stratified systematic sampling method to select 200 western medicine clinics in central Taiwan from a total of 1715 clinics on February 23, 2003. Finally 144 valid responses were received with a response rate of 72%. **Results:** Results show that the agreement on the improvements in professional autonomy, peer pressure, rationality of utilization review, and secured income is relatively high. However, the agreement on the improving quality of care and improving the physician-patient relationship is relatively low. Half of the physicians agreed to adopt a discount for over-the-ceiling income physicians, but less than 20% of the physicians agreed with a lump sum budget combining the primary care and hospital outpatient sectors. **Conclusions:** This study found that physician organizations tend to adopt protective strategies rather than efficiency strategies for primary care global budgeting system. This study suggests that the physician organization should utilize accumulated information to build a more comprehensive quality improvement system, and try to reach a trade-off between ensuring member's interests and improving efficiency when reimbursement values progressively dropping. (*Taiwan J Public Health*. 2005;24(6):539-547)

Key words: Global budgeting payment system, physician organization, primary care physician

¹ Department of Health Care Administration, Central Taiwan University of Sciences and Technology, Taichung, Taiwan, R.O.C.

² Graduate Institute of Health Care Organization Administration, National Taiwan University, No. 19, Hsu Chow Road, Taipei 100, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Health Services Administration, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: rchang@ntu.edu.tw

Received: Dec 22, 2004 Accepted: Jun 16, 2005