

第三章 醫療專業權力的型塑與代理問題

本章首先歸納醫療專業權力的濫用成因，瞭解型塑醫療專業之理論、形成醫療專業權力濫用的因素，檢視現行制度下醫療專業權力濫用的現象，最後討論該如何節制醫療專業權力濫用。

第一節 型塑醫療專業的理論探討

在檢討醫療專業種種違反「專業規範」行為時，我們必須瞭解，醫師行為當然受到很多物質利益以外的因素所影響：醫學教育和專業養成中的社會化過程，文化對疾病和治療所抱持的態度與信念，社會上流行的臨床治療風格，醫師工作的組織環境等，都可能成為影響醫師在個別的工作領域中選擇臨床治療行為的因素（Anderson，1987；Payer，1988；轉引自林國明，民86：49）。

醫事服務提供者自認是處理疾病為依據有正當性和可靠的權威來源；因此，醫師的工作特色在便展現在其自我導向、自我規範與不受外界所評價等面向，毫無疑問地，醫療是現代專業最具典型的代表之一，而這種專業權力的使用，也造成了社會控制的困難。Freidson（1970）在其影響深遠的鉅作「醫療專業：應用性知識的社會學研究」中，提出了專業權力的理論基礎。在探討該如何節制醫療專業權力之前，我們有必要為專業主義醫學的特性、醫療何以成為一項專業及其權力的正當性問題作清楚地界定。

壹、「專業主義」的定義

何謂專業主義？牛津字典中對專業作了如下的解釋：專業是一種職業，在此種職業中，某種學術或科學的專精知識被運用在其他事物之上，或是其學科本身的藝術的實踐上。也就是說，專業的形成需要透過訓練與經驗，且其是在一個可被接受的倫理行為典則中運作。

Greenwood 認為專業具有以下五大元素：「具備一套有系統的理論、有定義問題與決定對策的權威、社會大眾認可他們可以訓練與認定新成員、倫理法則強調服務他人的理想、具備一套發揮所有功能的必要機制」¹ (Greenwood, 1957 : 45-55)。根據 Rabin (1993) 的看法，專業主義是一種職業特質，必須經由專業化的過程來塑造，專業團體中成員的行為會自動自發地符合團體的規範，團體對成員也有約束與制裁的權力。一般認為「專業」主要來自於較高的教育程度，必須通過各種測試才能取得專家的資格，專家的行為受其專業知識與專業倫理所規範，因此通常會受到大眾的肯定與尊重。因此，專業主義隱含了專業的地位在內，強調成員的特質，而這些特質由特殊知識、技術能力、一般價值、目的、態度及服務取向等因素所構成。

Benveniste (1987) 主張專業主義需具備六大要素：

1. 使用技巧是基於特殊的科技知識。
2. 必須具有高等的教育程度或訓練的資格。
3. 專業能力必須經過測驗，專業人員取得資格設限。
4. 有專業團體的存在。
5. 有專業倫理與行為規範。
6. 具有服務大眾的責任感與承諾感。

另外，Moore (1970) 則認為專業主義具備六大特徵：

1. 專業是一種全職性而非兼職性質的工作。
2. 專業具有行為規範與期望，即倫理典則 (a code of ethics)。
3. 為提升與維護專業水準，而有專業團體的成立。
4. 專業知識乃是透過教育及訓練的過程而產生，此種知識需經過正式鑑定的程序始可被承認。
5. 專業是以服務為導向，其績效表現與顧客需求有直接的關係。
6. 由於具備專業的知識與道德，專業人員在做決策時享有一定程度的自主權，但自主權需受到責任感的限制。

¹ 參見 Greenwood E (1957) "Attributes of a profession." , Social Work Vo.1.3, No2.

貳、 醫學的特性

Nettleton (1995 : 3-4) 認為醫學的發展承襲了生物醫學模式而發展，並立基於客觀的實證精神，此兩大特點成為醫學得以形成一特殊化、專業化的職業。作者根據 Nettleton 研究將其整理如下：

一、 生物醫學模式

生物醫學模式主導了自十八世紀末以來西方正是醫學照顧的發展路線，簡單地說，生物醫學模式正是現代西方醫學的根質基礎，它包含了五項假定：

1. 身心雙元論：意指心理與身體被視為各自獨立的部分，此種理論基礎源自十七世紀的哲學家笛卡爾，他將軀體比喻為一部機器和時鐘，不需要心靈亦可以自由地運轉。
2. 機械論：此論點認為當人在手術台上開膛破肚後的情形，與屍體的生理解剖組織結構並無不同。身體可以像機器般被修復，軀體不再是上帝的恩賜，而是某個由一種能量轉換成另一種能量的機器。因此，以這種應用機械式的譬喻，則醫師便能扮演如工程師的角色，修補人體喪失功能之處。
3. 科技專斷：過度誇大科技介入干預的效果，造成一種唯有仰賴科技來進行醫學診斷或治療才能使病患得到療效的看法。
4. 生物醫學極簡化：生物醫學往往將疾病發生的源起，歸因於生物學上的改變，忽略了社會與心理的影響層面的重要性，使病患的個人感受與環境因素遭到漠視。
5. 單一化病因：簡化主義導致十九世紀疾病「病菌理論」的發展，病菌理論是認為，每一種疾病皆是由特殊的、可指認的原因（例如寄生蟲、病毒、細菌等）所造成的。

在生物醫學模式下，就如 Atkinson (1988 : 180) 所言，形式上的簡約主義僅從不變的生物結構與過程中來尋求對缺陷的解釋，忽視了如社會、文化與傳記式等其他解釋切入角度；疾病以明確的實體形式存在，藉由檢驗疾病的跡象與症狀而被揭露，而疾病發生被視為從「正常」到「偏差」。

二、 客觀的科學實證精神

科學實證精神包含了自啟蒙時代以來所推崇的實證的觀察與歸納方法。醫學據此宣稱其能提供證據以瞭解疾病與病痛，再者，更因為對疾病知識的日益增加，使醫學能不斷地進步與發展。Rhodes（1985：3）認為醫療的歷史進程是從推測到有條理的科學秩序，但此種直線演化的科學進展，也產生了某種程度上的偏頗。如同 Freidson（1970：13）所言，大部分的醫學歷史學家傾向於篩選醫學明顯的知識，集合所匯集的年代順序，綜合而成現代的科學醫學。

參、 達成專業地位的機制：權力論的觀點

早期有關專業的研究重點，著重於探索專業的特質與功能。其研究結論強調某一專業的興起，是符合社會的價值與需要；專業的存在，是穩定社會的重要元素。「現代化」的重要元素—科學、技術的精進、認知理性的增長及分工的日益精密，使「專業化」與所謂「現代化」息息相關（Larson，1977）。某些知識之所以成為專業，必須經由專業者經過對抽象知識的長期訓練，取得以專門技術解決問題的能力，並形成專業組織、訂立專業規範（Millerson，1964），另外再加上該專業的利他、集體取向（Parsons，1951），使得專業者獲致高於其他職業的地位與聲望。

若以權力論的研究取向來看，則著重強調專業興起並非某些社會結構下必然的產物，而是某一職業未達到其優勢地位，所展現的權力角力過程，亦即專業化就是權力較勁的過程。Freidson（1970：77-79）提出專業的主要特質，在於一個職業對於其訓練過程、證照標準及工作的執行，得到全然的自主性（autonomy），而這個得到專業自主性的過程，根本上是個政治與社會的過程，而非純然根據其技術特性，而達到全然自主性的過程。也就是說，運用權力與創造說詞的重要性，遠比該職業在知識上、訓練上與工作本身的客觀特性來得大。就如同 Collins（1990：18）所說的：「並非是知識的存在與否決定了專業的型塑，重點在於知識是如何透過社會組織而成」。

吳嘉苓（民 89：197-205）即以權力論的觀點整理區分，以重新定義問題、對技術與工作的規範、設立教育制度、界定訓練過程建立證照制度、醫療照護的

社會經濟組織（特別是保險制度）等五個達成專業地位的主要機制，來檢視醫療專業是如何形成。

1. 重新定義問題

Collins（1990：21）提出的「自我創造問題模式」，強調職業團體藉自我創造問題，以自我衍生解決問題的專業知識，達到開闢專業地位的管道。套用 Larson（1977）的說法，專業「企業家」首要要務就是要自己生產的產品或服務製造需求、創造市場。例如將生產定義為自然過程，還是病理現象，相當程度地決定了生產需要的是助產士助產，還是醫師的醫療干預，這就成了討論醫師與助產士處理接生權限的重要關鍵（Wits，1992）。

2. 對技術與工具的規範

並非專業技術純熟就足以建立專業的基礎，對技術的壟斷、控制，往往是職業間權力消長的利器；在十九世紀末醫學科學基礎的建立，固然使得醫師能以實際的專業成效，掌握工作自主權，但是技術上有好結果，未必就保證成為獨佔的職業（Freidson，1970：21），重點在於工具的使用權及工具使用的功過。例如瑞典的助產士能使用包括真空吸引器及產鉗等干預性工具，但工具、技術本身的發明和精進，並無法使得助產士職業地位與產科醫師得以相提並論（Romlid，1997）。

3. 設立教育制度、界定訓練過程

職業地位的高低常與正式教育的長短成正比，教育上的排行，也影響了職業位階的高低（Larson，1977：70-71）。教育制度是 Larson（1977）認為最核心的掌握原則，因為教育制度的訂定，使知識系統不只是建構在論述的層面上，更具體地展現在制度面，而成為專業化的利器。權力論者體察到知識擁有者藉由規格化知識，控制取得知識的途徑，進而保障其稀有知識的市場獨佔性（Macdonald，1995）。例如台灣省醫師公會自 1950 年代就積極要求修改醫師法，要求接受大學醫學教育、通過國家合格考試，應作為發予合格醫師證照的基本要求。

4. 建立證照制度

權力論者亦指出，證照制度是用來確保市場壟斷，而保障某個職業的壟斷，卻不見得保障服務的品質。易言之，證照制度的建立，是得到「國家許可的獨佔」（Lorson，1977），教育制度與證照制度除了造成「排外」的結果，也可達到「設限」的目的。在民國六十四年通過新醫師法時，醫界就曾以「革命性的壯舉」為

該法的實施而歡呼。²

5. 醫療照護的社會經濟組織（特別是保險制度）

保險設計可以決定消費者與職業團體間的關係，也因此醫療團體追求專業化的過程中，可成為阻力或助力（Johnson, 1972）。例如美國醫師協會在 1950 年代以來，不斷抗拒全民健保作為維持專業自主性的重要策略（Freidson, 1970），而我國全民健保自民國 84 年實施時，就將助產士排除於健保簽約範圍之內，之後則以「助產所接生業務之費用得以核退方式，列入全民健保給付範圍」作結³。相較之下，與健保局簽約的婦產科醫師，產婦生產免付費，由醫師逕向健保局請款即可。這種差別待遇，無形中使醫師藉由全民健康保險制度來對其專業化所背書。

權力論者常用兩項指標來探討所謂專業地位，分別是自主性（Freidson, 1970）及獨佔性（Larson, 1979）。前者指一個職業對於其訓練過程、證照標準、以及工作的執行，是否能由成員自我決定，意味著排他的權力；後者則強調能達到優勢社會地位（如可以由高物質報酬或職業聲望來衡量），以知識的獨佔來造成階級不平等的結果。醫師固然對於國家相關醫療政策制定的參與能力有限，但相較於護士、藥師、或是助產士，其相對上仍有較具優勢的政治網絡（吳嘉苓，民 88：243）。

肆、 醫療專業權力的合法性

醫療行業長久以來便被視為一種專業，因此，當醫學生或學徒要進入此一醫治行業之前，必須在使業典禮（或受袍儀式）時宣讀誓詞，以表達其對病患與對醫療專業的倫理承諾。西波克拉底誓詞（Oath of Hippocrates）⁴就強調醫師必須

² 該文總結：「新醫師法之所以被稱為革命性的壯舉，是因為它突破了我國數千年來兩種落伍的觀念：其一，醫師不再是人人都可擔任的業務，必須接受醫學教育，通過國家考試取得醫師資格，才能執行醫療業務；其二，不具備醫師資格，而自從事醫療業務，是犯法的行為，依法可處一年以上三年以下有期徒刑。這兩項觀念推陳出新代表的意義是：我國已由古老的『經驗醫學』，進入現代化的『科學醫學』」。詳見吳基福（民 64：4）所著「為新醫師法作見證人」。

³ 參見中央健保局籌備處公文，民國八十四年，衛中健醫字第 3298 號。

⁴ 該誓詞可能在西元前四世紀由畢達哥拉斯教導學生的語錄中所節錄出來。現代本的西波克拉底誓詞則是世界醫學組織（World Medical Association, WMA）在 1984 年所修訂發佈的日內瓦宣言（the Declaration of Geneva）：「當我進入醫業時：我鄭重地保證要奉獻一切為人類服務。我將給

視病患的健康為第一優先考量，不得讓任何因素影響對病患照顧義務的實踐，禁止使用醫學知識來違背人性，並強調對人類生命的尊重。

在醫療行為中，相對於病患醫師擁有特殊的知識與技術，因此在診療過程中，可以加以診斷並給予患者病痛合理的解釋與忠告，使病患與醫師間形成了依賴關係。Starr (1982: 4) 即認為，權力最初來自於依賴，專業權力最主要來自於對知識與能力的依賴。此依賴關係形成權威的基礎，並且會演變為「控制與支配」的權力。

將 Starr 的說法更進一步來解釋，醫師藉由其獨有的專業知識擁有與護理人員、社會大眾所欠缺的能力，不但使醫師在工作上可以指揮醫護人員聽從指示；對於病患，則有權檢查病患的生理與心理狀況，並可由治療、診斷疾病及開具處方箋。一方面給予病患具體的建議，另一方面亦規範了病患的行為，這些情形均顯示出醫師地位高於其他人，具有控制與支配的力量 (Starr, 1982: 14)。此外，受惠於診斷科技的發展，醫師以日益精進的診斷工具，更能正確有效地診斷病症，也更加突顯其對病人的主宰與控制的權力。

早在古典時期，權威者被指涉為擁有某一地位、內涵，並迫使他人信任與服從 (Lukes, 1978: 642)，時至今日，權威必須來自「志願性」的服從，而管理者仍保有「預定、保留」的力量用來懲罰與獎勵，以限制或鼓勵行為者的某些行為。同樣地，專業的權力也必須具備合法性 (legitimate) 的特質，以獲得大眾的信任，亦即形成醫療專業權力的合法性必須來自於更嚴格的審核標準，

因此，要如何在尊重醫療提供者其工作內容與技術的專業特性，與課以其適當的公共責任間取得適當的平衡，是接下來我們必須討論的部分。

予師長應有崇敬及感戴；憑我的良心和尊嚴從事醫業；病人的健康應為我的首要顧念；我將尊重託付予我的秘密；盡我的力量維護醫業的榮譽和高尚的傳統；要以兄弟般的情誼來對待同事；我將不容許任何宗教、國籍、種族、政治或社會地位等因素來干擾對病人的職責；我要對人類的生命從受到起保持極度的尊重；即使是在威脅之下，我將不會運用我的醫業知識去違反人道。我鄭重地、自主地以我的人格作此宣示。」(余玉眉、蔡篤堅，民 92: 139)

第二節 檢視醫療專業代理問題

在整個健康保險的系統中，牽涉到保險單位、醫療消費者（被保險人）及醫事服務提供者（醫療院所）等三方面，醫療消費者繳交保險費予保險人，以求獲得適切的醫療照護；保險人則以契約方式委託醫療機構提供醫療服務予被保險人（參見圖 3-1）。於是在醫療消費者與保險人之間、保險人與醫事服務提供者之間，及醫療消費者與醫事服務提供者之間，均存在著各自不同的主理與代理關係。

由於支付制度所可能導致保險人在就醫行為上的改變，以及醫療提供者在面對不同支付制度所造成的經濟誘因下，所可能衍生的醫事行為。本節將引用代理理論作為解釋造成醫療供給者專業權力濫用的理論基礎，並嘗試以此分析在全民健保支付制度影響下，可能發生某些因醫療專業權力濫用而導致的代理問題。

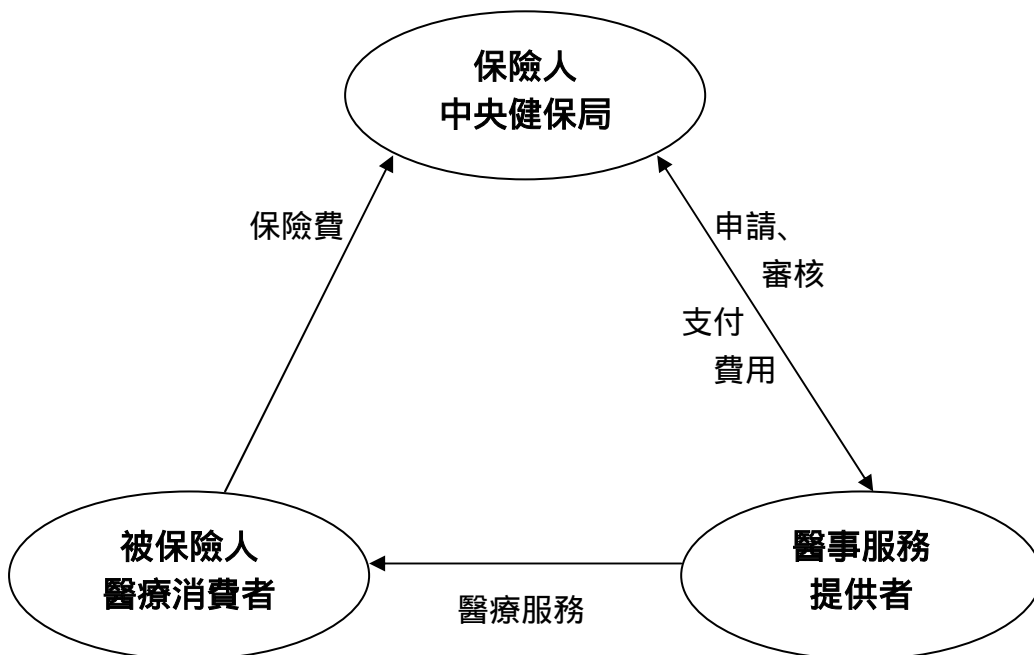


圖 3-1 全民健康保險架構圖

資料來源：作者自製。

壹、 代理理論的意義

代理理論主要是在探討各種代理關係所可能出現的投機行為。由於集體生活中有專業分工的需求，因而形成此種關係：代理人執行委託人所託付之工作，委託人需給付代理人一定之報酬，雙方基於平等之地位。Jensen and Meckling (1976) 將代理關係界定為一位或一位以上的主理人 (principal)，雇用或授權另一人為代理人 (agent)，代替其行使特定行動或決策，彼此之間存在契約關係。也因為在代理的情況下，主理人和代理人之間擁有的資訊不同 (也就是資訊不對稱)，主理人為了要監控代理人以避免投機行為的產生，便形成監督或控制等成本，即是所謂的代理成本 (agency cost)，或稱交易成本 (transaction cost)。

Eisenhardt (1989) 認為，代理問題主要源自兩項因素：第一、主理人和代理人之間目標不一致；第二、主理人無法瞭解掌握代理人的行為，或瞭解的成本過高。因為人性的自利取向，所以委託人與代理人都會追求自身的效用極大化；且由於人的有限理性、資訊不對稱、和充斥著各種不確定，以致於委託人及代理人之間具有潛在的衝突危機 (Boston, Martin, Pallot and Walsh, 1996 : 18-19)。然而，衝突並非兩者間必然存在的唯一的關係，雙方亦可能願意採取垂直整合的方式，以契約關係為架構，用以消弭交易時由於不確定因素所造成的成本 (Williamson, 1996)。

貳、 代理問題所產生的投機行為

在高度專業化的醫療產業中，因為醫療資訊的不對稱，代理問題更是嚴重地充斥在醫師與病患之間，造成健康保險醫療市場的失靈。以下，我們將討論代理問題中有關次佳決策、道德危機及逆向選擇等三種投機行為。

一、 次佳選擇

意指由於主理人與代理人目標不一致，代理人在其自利動機下所做的決策，未必是主理人的最佳決策，因此稱為次佳選擇，此種行為模式將導致主理人的權益受損 (王克陸、彭雅惠，民 88)。在醫療產業中，病患因為資訊的不對稱，以及醫療知識的缺乏，往往無法得知醫師是否對其病情給予最好的治療或用藥，又

或者因為在成本考量下，醫師採用次佳或減少必要的檢查項目，使病患進行更多次的診療，賺取更多的掛號費與醫療費。

二. 逆向選擇

Neudeck and Podczeck (1996) 認為所謂的逆向選擇，即是在資訊不對稱的情形下，劣幣驅逐良幣⁵的結果。以健康保險市場為例說明，因為顧客對自己身體健康情況的瞭解遠多於保險公司所獲得的資訊，若顧客隱瞞病情或其身體狀況，使保險公司因為不瞭解其身體狀況而接受投保，就會造成保險公司的潛在損失。因而在保險實務上往往產生一種情況，即羸弱多病需要保險者被視為風險厭惡群，年輕體健者反倒成為保險公司追求的客戶群。以俗話來解釋，就是「柿子挑軟的吃」。

就商業保險來說，由於係商業性行為的特性，因此對於高危險性者，當然加以拒保或收取極高的保險費。一般保險公司對高額的人壽保險均要求被保險人先行體檢，對體檢不合格者拒保，並要求被保險人填寫曾經罹患過之疾病及手術，簽名同意保險公司可赴任何醫療院所查詢被保險人之病歷，被保險人若未誠實申報，日後若因投保前之舊疾復發而死亡，保險公司將不予理賠。

全民健保立基於社會保險的設計理念上，因此在規劃之初，即採全民強制納保的方式，以避免產生逆向選擇的結果。但因為全民健保支付制度的改變，導致醫療院所也隨著支付方式的不同，而改變其醫療行為。舉例來說，若健保支付費用限制在一定範圍內，則醫療院所對於病情嚴重又複雜、給付不敷成本、且較易增加醫師醫療上壓力或糾紛的病患，就會產生排拒效應；相反地，若是病情一般又不會造成過大醫療壓力與糾紛的病患，反而是醫療院所願意接受的客戶，這種醫療產業篩選病患的逆向選擇現象，將嚴重影響醫療的品質與分配，並形成醫療資源生態的錯置。

三. 道德危機

代理人為使其自身的利益極大化，往往以其自身的需求取代主理人的需求，

⁵ 劣幣驅逐良幣 (bad money drives out of good money)，簡單地說，如果市面上有兩種交易貨幣並存，民眾自然會先去使用價格較低的一種，於是價格價高的貨幣便會逐漸自市場上消失；但此種說法的假設是大眾會接受劣幣的情況下（經過法律許可），且不會強制以良幣的作為交易媒介的前提。這也說明若大家認為某種貨幣是劣幣，就會將手上的劣幣拿出來消費，相反地因為良幣具有收藏價值而被儲蓄，最終形成更多的劣幣在市面上流通，良幣逐漸被淘汰，成為收藏品。

以己身的利益取代主理人的利益，因而造成主理人的利益受損。換句話說，代理人利用資訊掌握的優勢，在主理人無法或來不及獲知真實狀況的情形下，做出損及主理人權益的行為，造成市場失靈的結果（龐寶宏，民 87）。張子元（民 85）則認為在健康保險制度下，當有財務誘因發生時，常會導致被保險人對醫療資源無效率的需求，以及醫療服務提供者對醫療資源無效率的供給，這種在供需上都超過正常或最適水準的現象，即是道德危機。因此，道德危機問題的產生，是源自於代理人的道德操守與自我修養。

道德危機的形成關鍵，主要在於主理人與代理人各自擁有不同的資訊，而且彼此的利益有衝突或抵觸。而為避免道德危機的結果，主理人在設計契約時，往往將代理人自利的動機納入考慮範圍，此即所謂誘因相容契約（Incentive Compatible Contract）。透過契約的設計與誘因，使代理人會採取對其自身有利的行為，而這樣的行為恰恰符合主理人的利益；在這種情況下，主理人往往需要藉助稽核、監督的管理方式，以減少道德危機的產生。

在論及醫療市場中醫病關係的代理問題時，Brown and Jackson（張馨譯，民 89）均認為，若醫師視執業的績效目標凌駕於病患的利益之上，也就是醫師實際提供的服務水準和質量是對代理人（醫師）有利，而非是在主理人（病患）最有利的狀況下，將產生醫療資源配置的無效率狀態。以台灣的健康保險市場常發生的道德危機例證來說，若被保險人因為長期繳交保費與被保險人（中央健保局），卻沒有得到任何的回饋時（即被保險人的健康狀況良好），被保險人可能在自利的誘因驅使下，和醫事服務提供者達成協議，以健保卡交換其他醫療用品，而產生醫療院所利用所持有的健保卡，做出虛報醫療費用等不法的情事。例如在民國 89 年 3 月份，中央健保局公布一起歷來涉案人數最多的詐領健保費案，在百餘涉案人中有八十多名大學生，這些大學生涉案主要是因為使用健保卡向診所換取現金，或換得診斷證明以供請假之用。兩年來這家診所取得這些健保卡後，用以製作不實的病例及就醫記錄，向健保局詐領的健保給付將近七百萬元⁶。

⁶ 參見民國 90 年 3 月 8 日，民生報 A-2 版。

就此三種投機行為概括而論，我們可以得知，醫療服務市場一個普遍性的特徵，即是消費者缺乏醫學專業知識所導致的資訊不對稱現象。一般而言，消費者對各種治療方式及預期療效的資訊，皆沒有醫師瞭解的多。在此一情況下，消費者通常委託醫師為代理人，幫助其選擇治療方式，並做醫療方面之決策，此即形成文獻上委託人與代理人的關係。

從消費者的立場來看，消費者希望醫師做出最合於其利益的決策，也就是消費者期待的是一位完全的代理人。但從醫師的立場來看，醫師在醫療服務的提供過程中，事實上扮演雙重的角色：一方面醫師是病患的諮詢者，提供病患各種診斷資訊與治療建議；另一方面醫師也是各種醫療照護與治療服務的提供者。此一雙重的角色亦使醫師面臨病人的利益與自身的利益相互衝突的矛盾情況。在醫療服務市場上，委託人與代理人之間最常遭遇的利益衝突問題即是：醫師是否會為了自己的利益，推薦或提供不一定符合病人所需要的醫療服務；換言之，醫師是否會藉由其在各種醫療資訊上所佔的優勢，來誘發病人的需求，以滿足其自身的財務利益。在醫師有誘發病患需求的誘因下，個別消費者對醫療服務的需求極受到醫師誘發行為的影響（謝啟瑞等，民 89：13）。

因此，在醫療市場所存在的資訊不對稱現象，使醫師有誘發病患需求的經濟誘因，換句話說，醫師的誘發需求行為會影響消費者的醫療需求與醫療支出（謝啟瑞等，民 89：14）。

參、 小結：健康保險制度下產生的代理問題

台灣由於全民健保的實施，在病人與醫療院所之間，因為健康保險機制的介入，使得醫病交易日趨複雜。在自費體制之下，病患直接依據醫療院所收費標準繳費；而在保險體制之下，被保險人依約繳納保險費，生病時仍由醫事服務提供者提供服務給保險對象，在經由保險人代為付費給醫療院所，此即為支付制度。若我們將代理問題放在這樣的脈絡下來觀察，將可發現幾種代理問題的產生。

首先，全民健保強制投保的規定，使得不參加健保特約的醫療院所，難以在

現今的醫療市場中生存。過去傳統社會中的醫病關係，只需要建立在醫師與病患雙方關係上即可，醫師對病患病情直接給予治療、病患直接付費予醫師。但也因為如此，某些貧戶或重大傷病患者往往因為無法支付龐大的醫療費用，醫師則因為患者無法繳交保證金或醫療費用的情況下，延誤或排拒治療，形成社會上貧富差距就醫的不公平現象。全民健保的實施雖然解決了就醫不公平的現象，但也由於健康保險機構的介入，使得病患與醫事服務提供者之間原本單純的交易行為複雜化造成醫療院所認為醫療專業自主權遭到剝奪，醫療給付過低不敷成本；醫師不再僅只專注於病情的診療，尚須考量醫療成本及健保是否給付的問題，影響了醫療品質與資源的分配（蔡佩瓊，民 90：21-25）。

再者，Chalkley 與 Malcolmson（1995）指出，不同的支付制度將提供醫事服務者不同的誘因，形成不同的代理問題。以最常被提及的論量計酬支付制度來說，最常遭到詬病的即是道德危機問題；也就是說，由於醫病之間訊息不對稱，醫療提供者的收入與所提供的服務量呈現正相關現象，並且，只要沒有醫療糾紛的發生，民眾的就醫選擇權也使得醫療提供者毋須承擔財務責任，醫師的角色常與中央健保局的目標不一致，所以無論在醫療供給面或需求面的誘發需求，將迫使道德危機機率增加，導致全民健保財務負擔雪上加霜，於是，改變支付制度及部分負擔的支出，即是降低道德危機的方式。

就國內的醫療環境而言，資訊的不對稱並不一定是被保險人不誠實所引起的，若某些被保險人的情況無法以客觀證據或事實使保險人接受，只要某些被保險人說謊，則保險人將假定所有的被保險人都會說謊（張子元，民 85）。在下一節中，我們更深入地研究此一推論，將醫療專業不當產生代理問題的情形作概括地分類及瞭解。

第三節 現行支付制度所產生的醫療專業自利行為

在醫病關係中，Parsons（1951）提出「角色期待」的研究最為著名，他認為社會是由各種社會角色所組成，而這些角色讓社會的功能得以發揮。在這樣的脈絡下，醫師與病患承載了不同的角色，同樣地也履行某些特定的義務。醫療文化從過去直到今日，儘管醫師開始傾聽病患的聲音，採納其意見，但基本上仍承續著父權主義價值體系的觀念，「只有醫生才有權決定什麼治療對病人最好」（Katz，1984；轉引自陳妤嘉，民 91：40）；Freidson（1970）也在觀察醫病關係間權力的互動時，發現當病患無法分享醫師的語言、文化與社會地位時，醫師的權力明顯地高於病患。

因此，在本節中將以 Glaser（1991：240）及林國明（民 86）對違反專業規範行為的分類為主，作為瞭解在醫病關係中，歸納出在資訊不對稱、權力不對等關係等因素影響下，醫事服務提供者產生的各種醫療專業代理問題行為類型基礎。

壹、 過量門診診療

楊志良（民 87）認為，在論量計酬制度下，醫療院所門診人次大幅度上升，導致醫療資源濫用與浪費，而且在門診診察費與住院診察費相同，甚至高於住院診察費的情況下，將促使醫院重門診而輕住院。Glaser 也曾經指出，在論量計酬制的費用支付體系中，過低的價格常迫使醫療提供者必須從事過多不必要的診療：「為了要賺取足夠的收入，醫師通常會增加治療的程序，尤其是那些對病人無害的項目，例如門診」（Glaser，1970：139）。

在過去的公勞保時代，以勞保為例，雖然醫學中心得以和勞保局個別洽定醫療費用，但是實際支付的數額往往不能如其所願⁷。醫學中心經常抱怨勞保局對病房費用、高難度手術與重症病患的支付數額不敷成本，於是，醫學中心以大量

⁷ 一般來說，個別洽定的支付數額比各醫學中心針對自費病人所自定的收費標金額準低約 10% 到 25%。

擴充低成本的門診服務，來「彌補」住院診療的虧損。

貳、 舞弊行為

雖然「以價制量」是許多醫院的生存之道，但是對於那些缺乏市場吸引力，無法增加服務量的醫療提供者，以另一種方式做為他們的生存之道：他們沒有提供診療服務，卻仍向保險人請領費用。在民國 78 年以前，小型醫療院所一張勞保單可以向勞保局請領 140 元的費用醫師經常要求門診病患每次就診時，給他們兩張或更多張的勞保單。根據某民調資料顯示，有將近半數的保險病患表示醫師曾經跟他們要過兩張以上的勞保單⁸，但是，並沒有實際的統計數字可以顯示這種舞弊行為的普遍性有多高。有研究顯示，許多醫師並沒有把健保舞弊行為視為一種犯罪，他們反而認為這是對健保補助金額過低的一種合理回應，是可以理解的（孟維德，民 90：174）。

不做診療服務，卻詐領醫療費用的舞弊行為，也出現在住院給付上。民國 84 年 5 月，健保局稽查六家出現不尋常住院記錄的醫院，發現其中四家明顯違規；其中一家，前一個月所申報的住院佔床率高達 90%，但實際檢查之佔床率僅有 50%，另一家則是申報佔床率為 77%，實際佔床率為 30%，這也就是所謂的「假住院」現象⁹。

參、 用藥與檢驗浮濫

由於過去在勞保時期免審範圍的規定，用藥與檢驗浮濫在大型醫院尤為顯著。在許多私人醫院中，以類似分紅的獎勵制度，將醫師的實際所得與其所創造的利潤加以連結，使醫師有強大的誘因浮濫開藥與檢驗。在民國 83 到 87 年間，衛生署則建立了獎勵金制度，使得當時省立醫院對保險病患所做的檢驗和用藥，出現浮濫的現象¹⁰。

⁸ 參見台灣醫界聯盟通訊，民國 82 年第 8 期 31 頁。

⁹ 參見民生報醫藥版，民國 84 年 5 月 16 日。

¹⁰ 當時由於大型私人醫院以高薪吸引醫師前往，使得薪水過低的公立醫院產生了嚴重的醫師缺

造成用藥的浮濫的原因，明顯的受到支付制度中某些誘因的影響；專業報酬過低是其中之一，另一個則是對藥品的支付方式。在民國 79 年前，勞保局對藥品費用以購入價格加成 11%~15% 來支付。對藥品購入價格由特約醫療院所個別申報，但須由勞保局審核通過。所以同一藥品並無統一的購入價格（黃文鴻，民 79：56-57）。

媒體也曾揭發在國內大多數公立醫院的藥品採購單上，約有七、八成都是指定廠牌項目，因而導致公立醫院用藥價格居高不下；有些公立醫院藥品的價格，甚至是私立醫院購入價格的數倍。根據調查，民國 81 年台大醫院所採購的八百零六項藥品中，有七百二十項是指定特定廠牌，比例高達 89.33%，三軍總醫院指定某種廠牌的比例達 89.49%，陸軍總部軍醫署的指定某廠牌品向更高達 99.04%（孟維德，民 90：172）。公立醫院因偏好某些藥品的關係，使得藥品採購價格普遍偏高。一位藥廠主管曾反映，為了讓藥品進入醫院的採購憑單上，三成回扣已行之有年。民國 82 年勞保用藥實際給付金額和各勞保特約醫院實際用藥量的總額比較，前者比後者多了上百億元。資料顯示，造成價差的因素之一，極可能是因為醫師拿了藥商回扣的關係¹¹。

肆、 不必要的手術與住院

根據 Jesilow 等學者的研究顯示，大部分的手術室選擇性的（非緊急性的）醫療行為，以美國為例，在每年所進行的數百萬次手術中，大約有 15% 20% 的手術是不必要的，而且此種不必要的手術所佔的比例還在持續增加中¹²；在台灣，醫師對病人執行不必要的手術亦不少見¹³。有研究指出，執行手術的多寡與

額現象，於是政府制定了獎勵金政策：省市立醫院可以保留 80% 的利潤，做為獎勵金分配給醫師。此後省市立醫院對保險病患所做的檢驗和用藥出現嚴重浮濫，衛生署不得不在民國 87 年後，將藥品與檢驗所得的利潤，排除在獎勵金的計算範圍內。

¹¹ 參見聯合報，民國 83 年 6 月 15 日，第五版，「公立醫院『偏食』買藥價格偏高」。

¹² 參見 Jesilow, P., Pontell, H. N., & Geis, G. (1992), *Prescription for Profit — How Doctors Defraud Medicaid*. Berkeley, CA: University of California Press.

¹³ 例如前國軍八一二醫院骨科王姓醫師，涉嫌將病患輕微糜爛的脛骨不實記載為嚴重糜爛，施行不必要脛骨切除手術，該病患手術後因無法行走，經另一家醫院醫師診療並予以施行切骨矯正術後才改善病情，病患提出告訴，台灣高等法院判處王姓醫師有期徒刑五月，得易科罰金（孟

外科醫師的數量供給過多，手術病患所受保險補償的等級、以及醫院型態等因素有密切的關係，而病患的客觀需求並非是最主要的影響因素¹⁴（孟維德，民 90：173）。

一般來說，大型醫院傾向從事過多臨床上不必要的檢驗與治療，中小型醫院則傾向於從事不適當的治療；不必要的手術，在中小型醫院，也比較可能出現。而所謂不必要的開刀，經常發生在盲腸、淋巴腺、胃、卵巢、及子宮等部位¹⁵。

伍、 濫收差額

此種現象是指醫療提供者在住院和門診方面，以不正當及違反規定的方式，向保險病患索取費用。以門診來說，醫師經常告訴病患，保險給付的藥品藥效較差，如果要藥性較佳的藥，必須自行負擔；或者，醫師會不實地告訴病患其所提供的藥方及治療，不屬於保險給付範圍，必須由病患負擔差價或完全自費¹⁶。以住院來說，在民國 87 年以前，各醫院仍存有「手術費按病房等級計價」的收費方式¹⁷，在此之後，雖然已對手術費差額收費方式已廢除，但收取病房費差額的收費方式依舊保留。亦即保險機構界定三床以上的病房為「保險病床」，而且只按照三床以上病房的收費標準來支付醫療費用及病房費，醫院便以此要求在單人房及雙人房的保險病患，必需支付醫院自行設定的收費標準和保險單位支付數額之間的差額在某些大型醫院保險病患自行負擔的費用，甚至近乎保險單位支付給醫院的每次住院平均費用¹⁸。

陸、 小結

在全民健保實施以來，對於醫師的醫療行為、就業意願流動已經產生了相當

維德，民 90：171）。

¹⁴ 參見 Nash, D. T. (1987), *Medical Mayhem*. New York: Walker..

¹⁵ 參見民生報醫藥版，民國 67 年 2 月 27 日。

¹⁶ 參見台灣醫界聯盟通訊，民國 82 年第 8 期，頁 30-31。

¹⁷ 醫院通常對單人房、雙人房及三床以上的病房住院病患，訂定不同的手術費及收費標準。一般而言，單人房及雙人房的手術費，分別是三床以上病房的三倍和兩倍。

¹⁸ 參見民生報醫藥版，民國 83 年 4 月 3 日。

明顯的影響。就醫師的診察行為而言，全民健保實施以後，原本在勞保時期，早已存在鼓勵民眾增加就診次數，以勞保單換取日常藥品等的診療行為，在全民健保實施後，因支付標準制度的設計，使部分開業醫師為了賺取更多的診察費，多收病人、草率看病，使得醫療品質低落，民眾就醫權益受損等事件，因健保的施行更加明顯（藍素禎，民 85：31）。

當然，醫療專業代理問題現象不獨出現在台灣，以美國為例，醫師濫用其醫療專業能力，對醫療保險進行詐欺行為已造成巨大的損失。根據美國學者 Pontell、Jesilow 與 Geis 等人多次研究的估計，在健保方案的總開銷中，每年大約有 10%~15%（高達 250 億美元）是因詐欺行為而損失；美國保險業者曾經統計 1989 全年中，全國大約有 3% 的外科醫師經常性地從事醫療詐欺行為，且有更高比例的醫師從事不當的收費行為，更因而損失約 600 億美元。Pear 和 Eckholm 則進一步指出，社會大眾對於有關醫師的利益衝突現象已有愈來愈關切的趨勢，尤其是針對醫師自己也是藥房、檢驗所等醫療相關機構經營者時的情況，因為這種情形經常會造成病患為一些不必要的醫療服務多付出許多費用¹⁹。

醫療提供者之所以能夠虛報費用及舞弊，是建立在「付費者認為醫療專業的臨床行為和判斷是正確的」此項假定上（Glaser，1991：241-242），濫收差額的現象，也涉及醫療專業的臨床權力對病患的支配能力，及病患和其家屬對病痛與死亡的恐懼、對醫師專業判斷的依賴和對資訊內容的無知（林國明，民 86）。面對醫療品質和病患滿足的必須兼顧的雙重要求下，國家是採取何種手段以節制此種醫療專業代理問題的現象？

¹⁹ 參見 Pear, R. & Eckholm, E. (1990), "When Healers Are Entrepreneurs: A Debate Over Costs and Ethics." *New York Times* (June2): A1.

第四節 國家對醫療專業採行的監督機制

醫療因屬於高度專業化產業，所以，當被保險人面臨醫療市場的資訊不對稱時，對於醫療產品便無法做理性的選擇與判斷，因此有必要透過立法的程序，來制定較為合理的醫療產品支付價格（謝明瑞，民 85）。Scott 及 Jackson（1995；轉引自黃月桂，民 87：3）則指出，為抑制迅速成長的醫療支出，並兼顧醫療品質，除了在支付制度上有所規範外，對醫師所進行多餘的用藥、多餘的檢查、多餘的治療過程及再住院情形，與其他不必要的醫療服務進行管理監督，是應採行的方法。

全民健保醫療費用的上升，有相當大的因素來自醫療院所的浪費和舞弊行為；也就是當全民健保在個體經濟意義缺乏效率的情況下，必須藉由有效的支付審查制度來矯正（田弘茂，民 90：83）。以費用支付制度作為最主要監督醫療專業政策工具的論點下，我們要更深入地瞭解費用支付制度的運作，就必須觀察國家機關設計何種配套機制以利其施行。

North 曾表示：「測量勞動的數量和品質的成本，是代理人問題的核心」，且又因「對工作表現，沒有放諸四海皆準的度量，能夠使訂約的雙方都能同意，並且不花成本地被採行」(North, 1981: 204)；也就是說，從新制度論的觀點來看，測量成本、資訊成本和監督成本，是代理問題中最顯著的焦點。這樣的說法放到全民健保體系下觀察，就意味著健全的醫療服務審查制度之重要性。目前健保局所執行的醫療服務審查制度，分為行政審查與專業審查兩種；其中，行政審查係指以電腦審查醫療院所在行政上作業的完整性，專業審查則委由醫師對醫療服務內容進行審查。本節將重點討論爭議性較高的專業審查部分，對行政審查部分則不擬過多著墨。

另外還必須強調的是，由於全民健保承襲過去公勞保時代的醫療服務審查制度，來加以修改而來，造成其制度上有某種程度上的延續性。因此，當我們要對全民健保的醫療服務審查制度更進一步地瞭解時，也必須對過去公勞保體制下醫療服務審查狀況一併檢視之。

壹、 醫療服務審查制度的起源

醫療工作，畢竟建立在醫師的恣意性決定，而醫師又經常挑戰保險機構對其工作內容所做的判斷，因此測量的標準較之其他工作領域，更難建立。為監督醫師的工作表現，審核醫療機構對報酬的要求，並防止醫療提供者做出違反契約的不實行為，全民健保體系據此設立了醫療專業審查制度（林國明，民 86）。

通常醫療院所可使用正式與非正式的個案審查以確保醫療品質，保險業者與醫療管理組織亦仰賴個案審查已決定是否為保險給付內容，而所有形式的個案審查皆仰賴專家的意見（Localio，1996）。台灣於全民健保開辦之初，醫療費用給付仍以論量計酬方式為主，由於每年醫療費用節節高昇、服務品質卻不一定提高的情況下，為達到平衡保險財務，約束醫師的醫療行為在保險機構的要求範圍內，及維持適當的醫療服務品質，中央健保局遂建立醫療服務審查制度，以監督特約醫療機構所提供的醫療服務（鄭明智，民 84）。

貳、 醫療服務審查制度的內涵

台灣的全民健保，雖然將保險範圍普及到全體國民，強制要求所有國民加入國家經營的單一體系，並均享有相同且廣泛的醫療給付。中央健保局（參見圖 3-2）負責收取保險費，各醫療服務提供者則與其簽訂合約為特約醫事服務機構，再由健保局依特約醫療院所提供的醫療服務種類數量，支付給醫療院所。因此，中央健保局身兼承保作業並擁有四種權力，即支付標準的制定權、與醫療機構的特約權、行政作業的審查權與醫療給付的核付權。但需要注意的是，保險機構並不直接提供醫療服務，而是委由醫療機構依據契約內容所設定的工作及報酬條件，對保險對象提供醫療照護服務²⁰。

承前文所述，目前健保局所執行的醫療審查制度，分為行政審查與專業審查

²⁰ 例外的情形為健保體系中的聯合門診中心。

兩種：行政審查係指以電腦審查醫療院所在行政上作業的完整性，專業審查則委由醫師對醫療服務內容進行審查。更進一步地解釋，依據現行健保制度審查方式與原則為：第一，採行行政審查與專業審查雙軌制：前者主要為審查個別醫事服務機構的特約資格、申報資料的完整性，及醫事人員法定資格等相關行政規定；後者則由健保局聘請醫藥專門人員針對醫療服務的適當性與利用情形予以審查。同時，審查方式就時間點而言，有事先審查、同步審查（住院審查）與事後審查；而審查的方式又可以區分為逐案審查與抽樣審查兩種。第二，論病計酬案件以上下臨界點及基本診療程序為審核基準（曾淑芬等，民 90）。

醫療審查制度固然能增加地方醫事專業人員之參與，並使得從前公勞保時代為人詬病之「黑箱作業」逐漸透明化，審查辦法亦不斷地檢討改進，但也因為醫療審查準則經常變動，醫師間與各健保分局對醫療服務內容看法不一等因素影響下，導致容易產生同一醫療服務卻可能有不同審查結果的情形（黃月桂，民 87：1-2），對於此一矛盾現象的描述，之後將詳細說明。

一、 法律依據

有關醫療費用專業審查的政策與法律規定，在公勞保時代是以保險人為審核主體，內部成立診療費用審查委員會，將費用原始憑證交由人工審核（王香蘋，民 81）。在全民健保開辦後，亦制定「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」與「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」，作為醫療費用審查作業的法律依據，其中規定由中央健保局組成醫療服務審查委員會，下設醫療審查小組，而在健保局地區分局設置地區醫療審查分組，審查該地區特約保險醫事服務機構所申報之醫療服務項目、數量及品質（黃月桂，民 87：4）。

二、 組成成員及執行內容

依照「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」與「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」之規定，醫療費用專業審查係由健保局遴選具五年以上教學、臨床或實際經驗之醫師、藥師等醫事人員組成審查小組及地區審查分組執行審查業務，抽審調閱醫院病例。以美國為例，其健康財務管理局（Health Care Financing Administration，HCFA）為了確保老人醫療保險（Medicare）所提供之照護品質，其委託同儕審查組織（Peer Review Organization，PROs）監督簽

約醫療院所提供的服務。雖然不同的 PROs 擁有不同的審查過程，但大致上還是必須受到 HCFA 的規範²¹。

我國全民健保醫療費用專業審查有以下若干主要審查項目：

1. 用藥、治療方法與病情診斷不符
2. 非必要之檢查檢驗
3. 處置、手術、或其他治療與病情不符
4. 用藥種類及份量與病情不符或重複
5. 治療之使用與病情不符
6. 非必要之住院或住院日不適當
7. 治療內容與支付標準規定不符
8. 其他違反法令或醫療品質不符專業標準情形

另外，通常在審查病患病例初期，會根據事先訂定好的標準去審核，全民健保醫療費用審查是以「全民健康保險法」、「全民健康保險支付標準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」、「全民健康保險藥品使用規範」及「全民健康保險醫療費用事先審查作業要點」作為依據（高資彬，民 86）。但由於醫療服務的複雜性與異質性，使得這些標準在設定上有所困難，因此大部分品質與效用的審查得仰賴審查者的主觀意見（Hayward, R. A., 1993）。

三、 審查流程與目的

各特約醫療院所提出申報資料（含書面申報、電子資料申報）後，健保局在規定的時程內完成支付程序。為保證支付品質（特約醫療院所申報是否符合規定）及特約醫療院所提供醫療服務品質，遂以行政（程序）審查、專業審查及檔案分析等方式來決定是否予以核付或予以處罰；為規範部分特殊醫療項目並設置事前審查；為增加審查效能及輔導醫療服務品質更可針對醫療機構或個人實施實地審查（行政院二代健保規劃小組，民 91：170）。

²¹ 例如隨機抽審醫院病例，並針對出院計畫的恰當性、出院後狀況、住院死亡率、院內感染、未規劃之手術及醫院的意外傷害等作審查；除此之外，PROs 的審查醫師可依其自身的判斷決定該審查案例是否有疑義（Haya R. Robin, 1992）。

審查機制執行由初審開始，若特約醫療院所不服審查結果，可向健保局提出複審及再議，再不服，可向「爭審會」提出爭議審議。若仍不服，得在依法提請行政爭訟（現行總額支付制度下醫療費用審查流程，參見圖 3-2）。

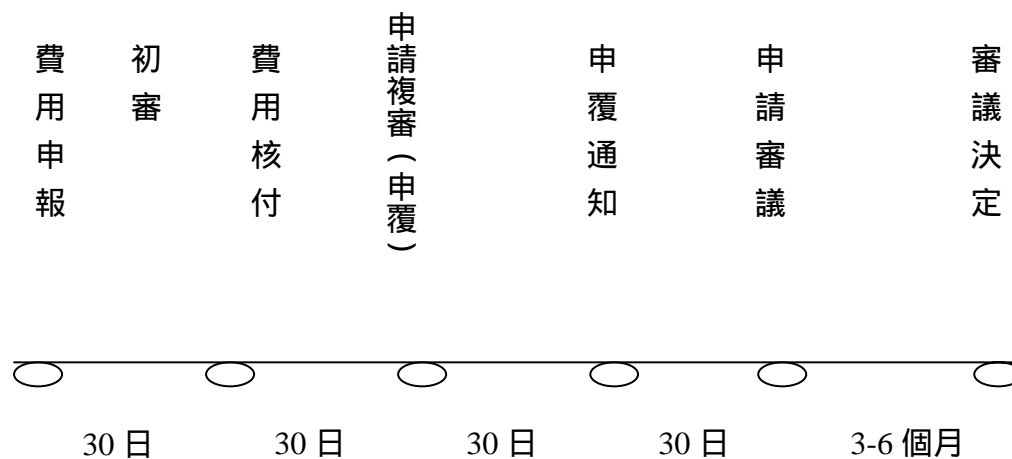


圖 3-2 現行總額支付制度下醫療費用審查之流程

資料來源：行政院二代健保規劃小組（民 91：170）。

在專業審查方面，則是醫事服務機構向健保局提出醫療費用申報後，醫審分組依照醫療審查作業規定抽樣，通知特約醫療機構檢送被抽樣的申報案件資料至醫審分組，再由醫審分組交由審查醫師審查（專業審查流程參見圖 3-3）。

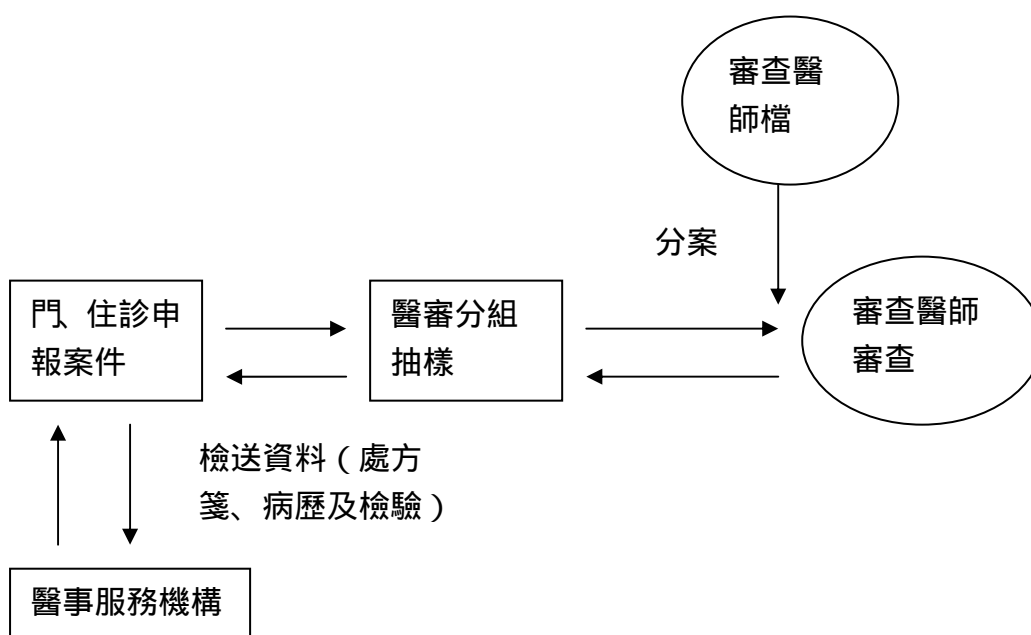


圖 3-3 專業審查流程

資料來源：行政院二代健保規劃小組（民 91：171）。

四、 費用核付與處置方式

健保局支付醫療費用作業是依照當其醫療院所申報之總金額先暫付部分費用²²，於完成整個行政程序或於規定時間內放棄申請複審、爭議或行政爭訟後再核付剩餘部分。至於不符合審查標準的項目，依審查結果以核減、不予支付、放大回推、加強審查或全審、限期改善、移送稽核等方式處罰（行政院二代健保規劃小組，民 91：171）。

五、 住院費用的核減狀況

根據顏淑娟（民 81）針對公勞保時代醫療費用審查制度的研究指出，醫療院所隨醫院等級愈低，則核減率愈高；在核減項目上的反映，則以藥劑費為最高，處置費次之，檢查費、材料費、手術費接於其後。王香蘋（民 81）對勞保特約醫院所做的抽樣調查則發現，核減率最高的項目依序為物理治療、藥劑費、處置費、特殊材料費與檢查費。全民健保開辦之後，全民健保小組（民 85）對核減狀況所做的調查也有類似的結果。在民國 84 年 48 月其間，住院醫療費用的核減率個別結果分別是：醫學中心為 2.77%、區域醫院為 2.95%，地區醫院為 5.85%。

²² 暫付成數以最近三個月核減率之平均值及申報方式為基準。

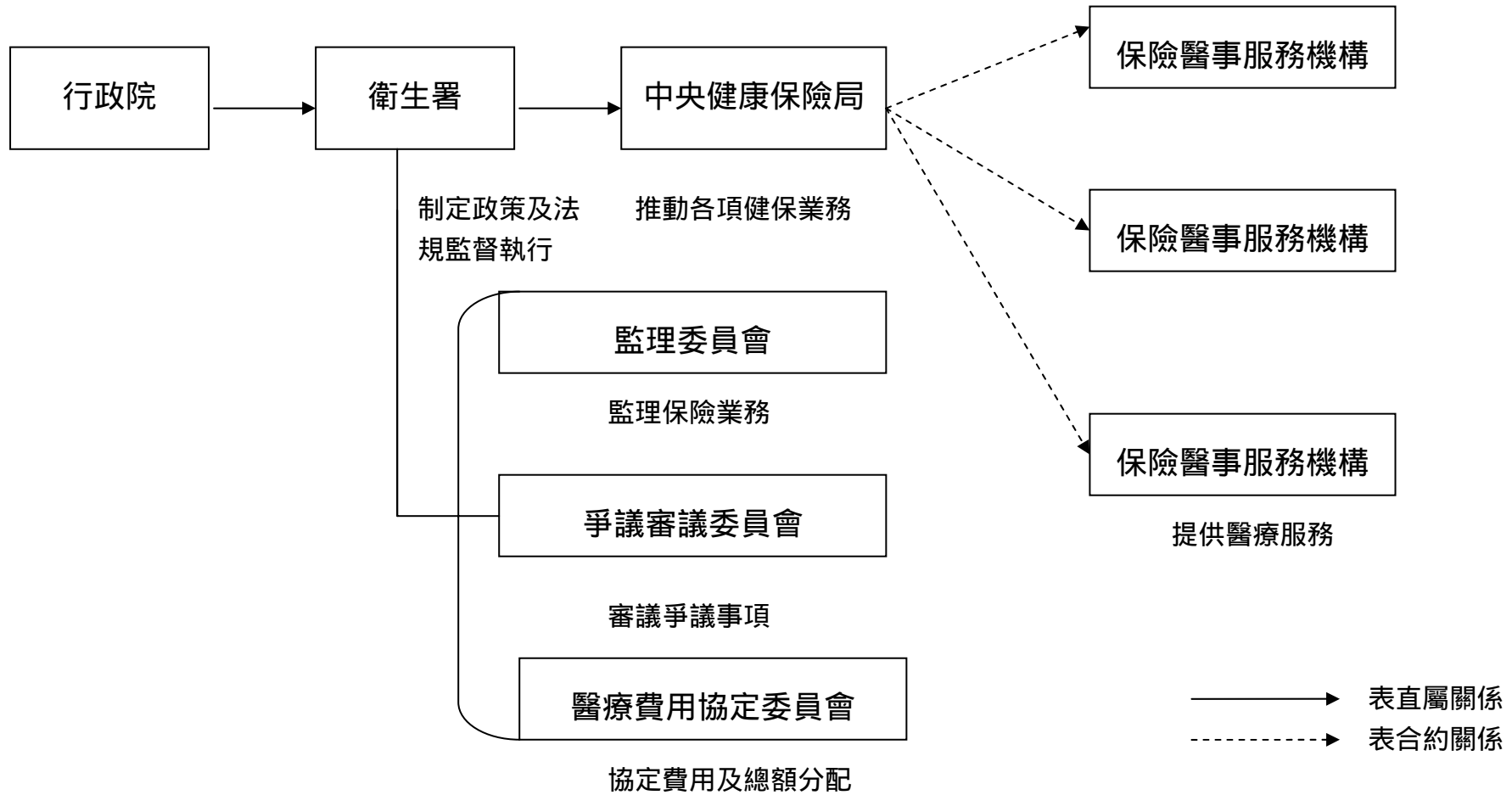


圖 3-4 全民健康保險行政體系圖

資料來源：作者自製

參、 醫療專業審查成效檢討

一、 審查業務檢討：審查結果缺乏一致性及公平性，且難以保障品質

行政院二代健保規劃小組報告中指出，目前醫療專業審查問題可歸類為四大項：第一、申報（審查）案件資料龐大使醫師負荷量過重；第二、抽審與病歷審查制度不盡公平，且無法抑制虛報、浮報或濫報等現象；第三、專業審查尺度訂定與公平性維持的困難；第四、審查制度以費用控制為主難以確保醫療品質。而作者更認為後兩者是導致醫療審查制度成效不彰的最重要因素。

就公勞保時期的專業審查制度來說，由於審核先交由醫師審查，在刪扣不必要的醫療處置後，再轉至行政審查人員核付，造成醫師在作業量多的情況下，有關審查品質方面無法有效提昇（黃碧雪，民 83）。全民健保實施後，則先由行政人員進行行政審查，再由醫療專業人員作專業審查。中央健保局並在民國 86 年訂定「全民健康保險醫療費用審查注意事項」，作為審查人員審查時的參考依據。但由於專業審查係審查人員依其所受教育、專業與經驗，在抽審案件所作個人判斷，故有時會因為審核人員的不同而有不一致的審核結果，造成醫療院所無所適從的窘境。

在保險住院醫療審查一致性的評估方面，王香蘋（民 83）研究勞工保險住院診療費用審查方法中，對 9 家勞保與農保特約住診醫院所申報之給付費用與核減資料，以科別、診療費用項目、醫院等級別、保險別、疾病別、以及時間變項等方面分類作的分析比較，發現地區醫院勞保的核減率，相較其他級別醫院的核減率要高許多，而農保的核減率則比勞保低。

影響專業審查狀況不一致的重要因素，在於個別醫師主觀專業判斷不一；醫療內容審查標準實質上無法完全標準化，加上必然存在的專家間主觀判斷差異，必會導致審查不一致的結果，再則依照目前專業審查作業流程觀之，不論初審、複審皆由一名專家審理後便下審查結論，並無尋求第二位專家意見的機制與審查容量，審查結果受專家自我意見的左右會增大（行政院二代健保規劃小組，民 91：178）。

根據 Hayward (1993) 等人對審查醫師判定審查問題類別，及不同醫師的審查差異所做的研究中發現，由於醫師的個別特質(嚴苛或寬鬆的審查標準)使然，以致同一案件由不同醫師進行審查，會產生不同的審查結果²³；即便同樣情形的病例，亦有可能因為醫師審核的不一致，而造成相同費用核刪結果不一的情況(胡惠德，民 86)。美國的專業審查亦有相似的情況發生。Robin (1992) 等人檢驗 PROs 的審查醫師在病例審查上，是否與其他非 PROs 的審查醫師所有差異的現象時，發現 PROs 的醫師審查結果中認為有問題的案例遠高於對照組。Robin 認為此種現象的發生，導因於 HCFA 規定在審查醫師資格限制上只需領有該州發給的執照即可，卻沒有進行醫師訓練、告知審查病例標準的需求，亦沒有做審查的正確性研究。

為降低由於醫師的個別差異性，而產生醫療專業審查不一致的現象，中央健保局也在希望達到各分局審查標準趨於一致化，於是在「全民健保實施一年評估報告」中，提出由審查委員會之審查委員擔任各科召集人，邀集總局審查小組及各地區審查醫事人員，召開各專科審查會議及藥事小組會議，藉此共同研討相關審查規範與注意事項，並依據其所彙整之會議結論，制定「全民健康保險醫療費用審查注意事項」，及「全民健康保險藥品使用規範」，作為健保局審查與醫事機構申報醫療費用之參考。

另外，目前的審查制度設計是以單一醫療事件進行審查，只能以核扣方式不當或不必要的「個案」醫療行為，但是對於特約醫療院所或醫師的「整體」醫療行為卻少有直接管制的的能力，無法對應做而未做之醫療處置及選擇性醫療行為予以輔導、管理或糾正(行政院二代健保規劃小組，民 91：178)，如此不但無法積極導正醫療資源分配的公平與效率，更遑論醫療審查制度如何達成保障醫療服務品質的目標。

二、 政策效果檢討：醫療專業代理問題現象無法獲得有效控制

醫療是一個高度專業的行為，醫療給付是否必要、適當，並合乎一定的醫療

²³ 此項研究由 12 名內科醫師審查 675 個住院案例，一部份案例同時由兩個人審查。結果發現在住院天數上，有 27% 的案例被認為不適當，有 9% 的案例被認為是不需要住院的，有 14% 的案例被認為用藥不適當，而有 28% 的案例被認為檢查檢驗不適當(黃月桂，民 87：7)。

品質，除了醫療的專業人士以外，醫療行為的對造—病患，限於資訊不對稱的特性，並無法輕易得知。在採行全民健保制度的國家中，保險人為了成為醫療行為的最主要付費者，為避免醫療提供者因為道德風險而產生過度給付的問題，並確保特約院所提供的醫療符合醫療上的必要性，醫療專業審查制度於是產生。但我們所好奇的是，醫療服務審查制度的實施，究竟有無達成其作為醫療費用支付制度的配套機制？亦即，究竟國家機關採用醫療服務審查制度，來作為監督與控制醫師工作表現的政策工具，是否達成其設定的政策目標？

台灣並未如同美國一樣，發展出大量的醫療效能研究、標準化治療程序和臨床原則，來評估實際臨床行為的適當性（Haffery & Light, 1995），又因為在偵測醫療違規行為的高昂資訊成本情形下，使得評斷醫師工作行為表現更加困難。依照台灣過去醫療保險的經驗來看，因為長期處於財務危機的狀態，因而無法投注足夠的行政資源在服務審查上。以的勞保體系來說，每年的醫療給付案件，民國 69 年的兩千四百萬件，到民國 82 年遽增到一億一千萬件²⁴；而勞保條例中規定僅能聘請 41 到 75 位審查醫師進行審查。根據顏淑娟（民 81）的調查，勞保局聘用的行政人員處理醫療費用審核工作中，只有 22% 具有醫療相關教育背景，每個行政人員每月必須處理九萬七千件費用審查和核付案件。

另根據健保局的業務資料統計，八十五年七月至九月，門診費用申報案件每月平均達到 2,77.2 萬件，而住院費用申報案件亦有 20 萬件，申報金額更由 84 年 3 月的 138.6 億元，急速增加到 85 年 10 月的 191.8 億元。以每個月近兩千多萬之門診人次，近二十萬的住院所產生近億筆之醫令，現有資訊系統顯然無法負荷，審查辦法²⁵第九條中，所指稱的特定項目使用異常率之統計；且醫療科技日益複雜化及專科化，同層級之醫療院所異質性仍然甚大，如果照特定項目件數比率訂定所謂加重抽樣比率，也未必能確保審查品質的效率與適當性（許國文，民 86：6）。

醫療費用控制是醫療審查的重要目標，但醫療品質的確保與提升更是醫療專業審查所不可忽視的重點。經由上述的分析，我們發現政府保險機構並無法建立

²⁴ 參見民國 83 年「台閩地區勞工保險統計」，頁 226-224。

²⁵ 參見「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」。

有效的服務審查與監督體系，林國明（民 86）也抱持同樣的看法，他認為在台灣的醫療領域，國家雖然讓醫療專業去決定他們自己工作的內容，卻無法發展有效的行政工具去控制醫師的工作表現。亦如 Glaser（1994：509）所言，若醫療專業對其收入缺乏集體的聲音，又無法參與決策過程，則他們會以其對工作內容所操縱的恣意性決定權力，使政府獨斷的政策無法順利地運作。這種由專制性國家權力所誘發出來，無法被公共權威所節制的醫療專業代理問題，正逐漸腐蝕了醫療專業的道德根基。

