

第五章 結論

本章根據所採用之研究方法整理出作者之研究發現、及研究建議，並對後續欲進行相關主題研究者提出可行之研究方向。

第一節 研究發現與建議

本節為作者經由文獻探討、深度訪談等研究方法，並加入作者意見擇要整理而成，希望藉此對全民健保醫療費用支付制度與醫療專業代理問題，可提供相關研究發現與研究建議。

壹、 研究發現

一、 全民健保費用支付制度設計的不當確實導致了醫療費用上漲

(一) 醫療提供者誘發醫療需求產生醫療資源浪費

當我們對醫療費用不斷上漲的原因進行探討時，並歸納訪談的結果後，發現醫療院所門診嚴重擴充的情況，的確與醫師不當誘發的因素有關（此種醫療誘發現象已於第三章、第四章有過詳細討論，在此不予贅述），這也可以間接證明醫療費用支付制度的設計確實與醫療費用上漲具有顯著相關性。

(二) 民眾不當就醫文化產生醫療資源浪費

台灣民眾年平均看病 14.4 次此種高居世界第一的奇蹟現象，背後也隱含了長期以來形成的不當醫療習慣，「逛醫院」行為也一直是醫界直指導致門診量持續偏高的因素。而這種情形似乎有更加惡化的跡象，根據報導指出，以藥品來說，一年健保花在藥品的支出已約九百億，民眾到醫院或診所看病，醫師動輒開個一星期的藥，民眾往往吃個兩到三天病就痊癒，吃不完的藥都被丟棄；甚至有健保用藥外流至中國、東南亞的現象¹。凡此種種，均為不當就醫文下產生的醫療浪費結果。

¹ 參見自由時報，民國 93 年 8 月 10 日，第 10 頁，「外勞吃健保，收集藥品寄回家」。

二、 現行醫療費用支付制度引發醫療專業代理問題的不當誘因

(一) 支付制度的設計不完善塑造了醫療專業自利行爲

如前所述，目前由於全民健保的支付制度仍是採用「論量計酬」、「論病例計酬」(部分規劃爲「總額支付制度」等措施，基本上是鼓勵多做多收、少做少賺，各醫療機構必須提升業務量透過經營管理手段以提升盈餘與利潤。許多機構內醫療專業人員爲顧及制度及利益的因素，於是多看診多收病人、多做治療及檢查，因此常見病人排隊三小時看診三分鐘、非必要的檢查、治療及手術浮濫、剖腹產居高不下等醫療生態亂象叢生。許多醫療專業人員更在「業績要求」的壓力下，疲於應付過多的門診與住院治療，不但使得醫療品質下降，更讓醫師喪失了求知、服務的熱情及行醫的使命感。

在全民健保實施後，政府只針對醫師診察費和病房費做了調整，而其他健保三千多項醫療項目，則繼續沿用民國 78 年訂定的勞保醫療費用支付標準表來支付。支付基準不大幅調整、欠缺成本考量訂定，多沿襲過往勞保的甲乙丙表而略加增刪的結果，將導致醫療提供者傾向從事較具利潤之醫療行爲，嚴重妨礙醫療體系合理的發展。

(二) 現行支付制度使醫療提供者不必承擔民眾健康之責

由於在論量計酬的現制下，醫療提供者將「期待」病患增加而非關心民眾健康，因爲病患愈多、就醫次數增加，收入也隨之增加；也就是說，醫界將不因爲民眾獲得健康而獲利，如同前文所提及的，主理人和代理人發生利益相衝突的狀況。在目前的全民健保體制下，醫界將不必承擔民眾健康的責任，其醫療行爲受到健保支付制度的引導，對於較花時間或給付較少的項目，如兒童預防保健服務與子宮頸抹片檢查等，大多興趣缺缺，更不必談其他促進健康的醫療服務。

某些財團醫院甚至純粹將醫師視爲賺錢的工具，以替機構創造最大利潤爲目標來建立制度及提供誘因(例如醫師無底薪制度、績效獎勵分紅制度)，造成醫護員工根本陷入在一種結構性的利害衝突及道德義務衝突處境；亦及個別的醫師執業時對同時必須兼顧「創造對病患的最大利益」和「創造對自己或醫院的最大利益」，醫師處於「對病患應負起之責任義務」和「對所屬醫療機構極其經營目

標所負的責任義務」兩難之間，容易因為缺乏專業倫理的意識、訓練及擔當，忘卻了「專業首要的利益及義務」為何。

例如，在無底薪績效制度下，醫師必須做越多才能維持豐厚收入，做的太少或名氣不大吸引不到病患上門，則收入和生活將成問題。某些醫院將同一科部一分為二，製造其競爭關係，使得醫師為鞏固病人或開發新客源，科與科之間、科內醫師之間呈現高度緊張與競爭的關係，將績效置於病患的最大福祉之前，喪失了基本的專業精神。有的甚至巧立名目、或以免費健康檢查、義診的名義來吸引病患上門，進而鼓勵或誤導病患進行醫療消費行為、推銷醫藥商品或手術。

此外，醫界亦不必承擔醫療品質不良的後果，因為只要不發生醫療糾紛，病患若不滿意，自然會至其他診所就診；相對地，保險對象使用甚至浪費醫療資源，也不必承擔其後果。

（三）醫療「專業門檻」間接造成專業代理問題的產生

醫學專業，在我們的社會中具有極高的威望。醫師享有高度尊重及專業自信的形象，他們不僅待遇優渥，受到眾人的信賴，並且對病患又具特殊的專業操控權。

儘管醫師深受眾人的信賴，但醫師是否一定會站在病患立場，誠信地執行工作，恐怕很難有確切的保證。曾經有醫學教授嚴厲地批評自己的專業，並指出醫師所應該受到的信賴度，要低於二手車銷貨員所應該受到的信賴度²。醫師扮演著一種結構性矛盾的角色：一方面被大眾期待運用他們的力量施惠病患與社會，另一方面，醫師卻又被視為資本主義社會中追求利潤者。這也就是資訊不對稱下的醫病關係，將誘使促成醫療專業代理問題的產生，例如「病例不透明」³的問題就是反映了這個現象。

² 參見 Mendelsohn, R. S.(1979), *Confessions of a Medical Heretic*. New York: Warner Books.

³ 醫改會進行的「台灣病例取得障礙調查」中即發現病患向醫院索取「全本」病例時關卡重重，醫師的反應往往是：「你又看不懂？有醫療糾紛嗎？你是不是不信任我，要把病例給其他醫師看？」，但醫改會董事長張笠雲指出，事實上民眾愈拿不到病例愈猜疑，醫病關係愈緊張，病例取得的便利可協助民眾更瞭解自己的健康狀況，並可於轉診、尋求第二意見時供其他醫師參考，省去重複檢驗的痛苦。參閱自由時報，民國 93 年 6 月 17 日第 3 版「病患調病例、受辱又受氣」、「要病例，醫師嘲諷：『你又看不懂』」。

貳、 研究建議

一、 就醫療費用支付制度設計以控制醫療費用上漲方面

(一) 支付制度的改革必須往大幅降低論量計酬的比重方向進行

支付制度對於控制醫療費用及醫療品質均有莫大的影響，因為健全保險財務、均衡醫療資源分佈、提升醫療服務品質等，皆有賴於完善之健康保險制度。近年來醫療費用急速上漲，更凸顯支付制度設計及實務運作之重要性。目前全民健康保險醫療費用支付方式仍以論量計酬為主，供給面缺乏控制醫療利用浪費誘因，非但未能節約醫療支出，反而還有誘導部分醫療院所造或浮報費用的作用，造成嚴重的醫療專業代理問題，健保局為此更必須花費大量的行政成本進行醫療審查。

(二) 總額支付制度漸進實施、但須徹底落實

總額支付制度透過財務責任的分擔，在出資者與醫界之間協定出醫療費用的總額後，讓醫界承擔節制醫療費用的責任，並且醫療審查完全自理，減少健保局的行政負擔，一方面也避免健保局因為擔任「審查者」而與「被審查者」之間產生過多的衝突；亦即「自主管理、同儕制約」的精神。

但總額支付制度尚必須和其他支付基準配合實行（如論人計酬、論病例計酬等），否則難以鼓勵醫師改變其診療行為，也難以使醫師的醫療行為趨向合理。另外，例如分級轉診的落實、家庭醫師制度的推廣與民眾衛生教育的提升等，都是改革所應搭配的配套措施。

二、 就醫療費用支付制度誘因結構改進方面

(一) 尊重醫療專業、加強醫療倫理教育

總額支付制度的設計中，費用協商機制使醫療提供者的專業自主權和責任更大了，但除了制度上的制定外，醫療專業，畢竟還是必須建立在醫師的專業判斷及對其判斷的信任上。Freidson（1994）在「專業主義的重生」一書中，重新肯定專業主義在醫療服務體系中的重要。因為醫療專業倫理的弱化，將進一步造成追求私利之違規行為的出現，並且在「道高一尺、魔高一丈」的情況下，使監督成本過高而益顯無效，這樣的結果將變相鼓勵自利行為的出現，成為醫療專業代

理問題的惡性循環。

再者，根據訪談所得的建議，尤其針對為人詬病最多的醫院部分，作者認為可以在院內成立醫師資格審查委員會、或成立醫療倫理委員會等機構，監督院內醫師用藥、治療方式，並嚴禁收受餽贈、加強合理門診量在醫院的進行等。

（二） 在健保制度中適度引進市場機制

全民健保體系建構了一個買方壟斷的醫療市場結構，身為唯一的購買者，政府也因此擔負了全國醫療費用支出成本控制的責任，也使政府有更強的誘因來控制醫療成本，但如此的說法並不應成為過份強化國家在醫療市場角色的理由。因為醫療行為本就極為複雜，若以過多的法條來規範，將阻礙醫療進步的空間⁴。例如在醫院遭遇經營方面可考慮更開放自費門診的空間，讓病患擁有更多治療方式的選擇；另外，面對藥價黑洞問題（藥價差），可以考慮以「藥價差額負擔」⁵方式來給付。醫療市場上固然需要政府某種程度介入以降低交易成本，但不應以齊頭式平等的對待而損害病人基本就醫權，也不應管制過多而阻礙新科技產品的使用。

當制度經人類創建而取得存在的正當性後，會有形或無形的塑造或決定個人和群體的行為模式，亦即若制度具有健全的回饋機制與調適機制，對不同的需求做出回應便能持續存在；否則將走向終結。由於制度與個人之間存在此種「緊張」關係，因此，若以結構決定論者而言，制度一旦建立後，受制度壓迫的個人除非是以革命的形式予以推翻，否則終將被制度所制約；個人意志論者則認為制度既然由人所創造，個人自然有改變制度的可能，尤其當集體行動出現時，成功的機

⁴ 作者在進行訪談時，就有醫師表示：「如果一個新療法比舊法增加了 5%的成功率，但醫療費用增加了兩倍，這時健保要不要給付？如果不給付的話，是不是病患就被剝奪了治療權？是不是我們就自絕於這個新方法了？尤其是健保局三令五申醫療院所不得加收費用，於是病患如果詢問最好的治療，醫師只好說健保給付的都是最好的。」（訪談記錄 D2）。

⁵ 此項概念來自附錄六的說法，「健保局應該給付基本藥價，那當然要做一個用藥的 guideline，基本的要我都有付超過基本藥價的部分就自己負擔。當然醫師可以建議病人採用不同的藥，」但必須先以健保局給付的藥為主要考量，比如說 B 處方要多付 1000 元、C 處方要多付個 2000 元，A 處方可能都免費，政府可以將成本壓的很低，當然 A 處方必須是在醫學研究上證實有效的藥品，政府也大力宣導這種藥的好處，醫藥界或醫師的宣傳就會用在或 C 處方上，病人可以自行選擇」（訪談記錄：D2）。

會將更大。

2002 年第二季英國經濟學人雜誌依據健康指標、健康醫療支出、醫療資源與醫療保健等項目，評比世界 27 個先進國家的國民健康，台灣名列全世界世界第二名，僅次於瑞典。平心而論，全民健保在照顧醫療或經濟弱勢民眾的就醫權益上有不可抹滅的貢獻，但這個「醫療奇蹟」並不能使我們耽溺於其中，面對可見的弊病視而不見。期待藉由全民健保醫療費用支付制度的「再造」，當有助於改善醫療專業代理問題；並以強化醫療專業倫理精神，成為修正制度動力來源，使全民健保更趨完善。

第二節 後續研究建議

本研究雖然以醫療費用支付制度為主，但大多在微觀層面討論，在宏觀層面（總額支付制度）上的討論僅止於現狀檢視，一方面是因為總額支付制度漸進實施尚無法評估總體成效如何（尤其是西醫基層、醫院部分），另一方面是因為總額支付制度的內容範圍太廣，如此在制度上的討論變項將更複雜。此外，本研究僅討論全民健保產生醫療專業代理問題資源浪費現象，集中處理在支出層面應進行「節流」的管制方式，並未就如何增加保費收入的「開源」部分加以著墨，此為後續研究者可予以補強之處。

再者，本研究集中探討醫療費用的問題，未在品質方面多所細究，由於不同層級醫療機構間的同類醫療服務價格差異很大，特別在門診方面，而較高的價格是否意味著較高的品質？並且由於我國目前並未建立醫療品質的測量標準，以及評估與資訊擴散的機制，因此，支付制度如何與醫療品質相互連結、醫療品質指標的建立、醫療品質的評估與監管將是可繼續研究的問題。

最後，由於醫療費用支付制度屬於全民健保體制中的一環，本研究亦發現許多流弊其實源於經營體制的設計目的，因此除了以費用支付制度作為控制醫療費用浪費與促使醫療資源有效利用的手段外，保險人組織體制的討論亦是值得繼續研究的方向。