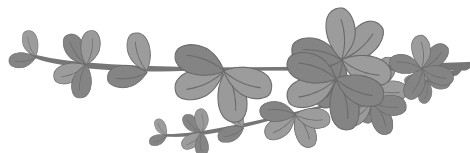


健康保險成本控制： 論總額支付制度影響醫療行為探討

邱芝駱



壹、前言

醫療行為目的在於減輕痛苦、延長人的壽命，在民主高度進步之社會，醫療不再是單純之行為其與許多社會議題相關，雖然「視病如親」的人道專業關懷為醫護人員的基本修養，但是在全民健保實施總額支付制度有限資源下，醫療是否仍能堅持專業倫理照護程序與達到醫療資源合理分配於病患為相當大的難題。

全民健保自實施總額支付制度後，原本濟世救人的醫療院所，逐漸產生醫療體制企業化、私有化與市場化的趨勢，因此，當臺灣醫療的最後「道德」防線受資本主義體制攻陷後，除了有利於資本家外，受影響的卻是全社會，在利益導向的醫療發展趨勢下，是否使醫師置身於外，抑或正在侵蝕人們對醫師所期待的道德要求，且已扭曲醫學院所教育的價值觀。在總額支付制度下有限的醫療資源；使得瓜分醫療資源大餅日趨不易，部分醫師為配合任職醫療機構成本控制政策，病患在未痊癒情

況下仍需再次就診支付掛號費與診療費，此外有利於診療報酬致產生過度醫療行為，如此有違公義的醫療行為，不但加重許多社會貧病弱勢族群與老人的經濟負擔外，更使此族群無法再追加有益於自我健康的自費用藥或醫療費用，而這些貧窮線以下的弱勢族群，在社會福利政策下，尚可得到政府的補助，最窮困的則是中低收入家庭的弱勢老人，不但家庭經濟有限，因無法順利就業更難以支應部分負擔的診療費用。

過去全民健保採論量計酬制，財務壓力大，為控制醫療費用成長，審核給付趨於嚴格。如今實施總額預算制度，雖可控制醫療費用的無限制成長，由於總額點值直落，醫界警覺須自我約束管理，各醫院在避免虧損情形下，部分醫院診治病人，採取「擇輕而治」的策略，由於診治輕病病人，醫療成本較低，服務量較易擴大，而且無醫療糾紛的風險，如此產生大部分急、重症病人被推至醫學中心等大醫院，而大醫院避免閒置床位影響收入，造成急

診處擠滿等床住院的病人，不但延誤急、重病的診治，也增加院內感染的危險，最佳的例子即是邱小妹妹人球受虐案，因為小醫院無能力醫治，大醫院也無病床醫治，可預見的是，對於堅持依據醫療倫理道德，務實執行正當醫療業務的醫療院所，因為服務量未達預期收支，面臨退出醫療市場，造成劣幣驅逐良幣的不良後果，總額給付制度實施致醫療責任與醫療風險轉嫁於醫療院所與病患的身上，高價藥品使用部分則使醫院重新思考調整用藥及用料之治療模式，以兼具療效又價廉藥品方能達到最大效益，但此項調整藥物治療模式，卻可能降低醫療品質。隨健保總額點值調降，醫療單位原本耗用的執業成本支出並未隨之降低，當獲利大幅降低抑或虧本狀況發生（如當點值掉至 0.8 元時，原本半身麻醉費用由 2,250 元下降為 1,800 元，而醫院護士人事成本支出並未隨之八折），雖然健保已增加給付範圍和高價檢查與藥物等項目，但未大幅調整健保費與固定總額支出，部分醫院改採成本較低的藥、醫材，以替代國外原廠藥物及器材，以平衡醫療及員工薪資支出或精減醫護人力成本，則影響病患就醫權益。

貳、文獻探討

全民健保開辦，在健保局實施論量計酬制度後，醫療費用不斷上升，保險人負擔大多數費用控制責任，形成醫療院所缺乏分擔財務風險責任，而每年醫療利用率攀升從 1999 年虧損，每人每年看診次數高

達 14.8 次超過 OECD 國家平均之 6 至 9 次（劉上永，2003），健保局為將醫療保險費用成長率控制在合理範圍內，實施各種支付制度，自 1998 年 7 月 1 日起，牙醫門診實施總額支付制度，中醫門診、西醫基層及 2002 年 7 月 1 日起醫院全面施行總額預算。

總額支付制度實施是否影響醫療行為

以前瞻性總額支付制度預先訂定未來一段期間內健康保險醫療服務支出預算，以酬付該服務部門或服務在此協定期間內所提供醫療服務費用（全民健保醫療費用協定委員會，2006；李玉春、蘇春蘭，1993），由於醫療成本控制責任完全移轉至醫療提供者，醫院為彌補總額給付不足因而拒收重症病患或限號及限縮看診時間且限制使用高價藥等政策，地區醫療院所增加門前藥局及衛星診所等，民眾自費項目日增，病歷分為自費及健保二大部分，因此總額支付制度實施，醫療院所醫療費用受到控制，醫療保險給付制度主宰每日的醫病互動及醫療行為，做假、浮報、濫報保險給付者時有所聞（蔡甫昌，2002）。

總額支付制度雖具有協商機制，有利於解決資源有限的基本問題及消弭付費者與醫事服務提供者間的利益衝突；並可經由醫療費用總額預算重新分配解決資源分配不均問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。然總額支付制度倘若事前未能有完善的監控機制，則醫療服務品質將受到成本因素而減損，危害被保險人的權益，違背全民健康保險本意，

醫療團體藉由聯合壟斷方式減少必要的服務，如施桂雲（2002）研究結果發現，總額支付制度施行並不同於醫療費用支出合理化與醫療品質的絕對保證，雖控制財務優點可將醫療費用控制在一定額度內，缺點則可能造成醫療品質下降。此外，總額支付制度實施，影響醫院的經營策略，進一步牽動醫師醫療行為變化（盧瑞芬等，2001），如醫院醫師開立高價藥品空間減少，二代健保計畫以「藥品差額負擔制度」解套，卻為本土及外商藥界團體反對認為嚴重損及民眾權益，甚至藥價差額轉由民眾承擔，健保只給付基本藥價，使用價高藥品之民眾須獨自負擔差額，對於最需要健保照顧的經濟弱勢族群則不甚公平。

另外，由於固定年度總預算較過去論服務量計酬方式不同，醫療服務提供者必須分擔財務風險，然而在醫療供給面資訊不對等及供給誘導需求的問題，醫師為達到預期績效採取增加服務量或選擇費用較高服務項目，因此醫療院所在考量本身利益下，選擇高服務量是不得不採取的策略，主要是擔心競爭對手不配合，自己選擇低服務量反而蒙受損失（陳欽賢等，2003），由於總金額已經固定醫療院所無法預知每點金額，惟有以增加服務量獲得最大報酬，同時醫師在面對有限總額點值日益滑落，不僅收入減少，更大意義在於醫師過去有如神祇般身分由雲端急速滑落。目前國內醫療環境供需狀況下，醫療服務提供者的自律與互信是實施總額支付制度能夠有效仰制醫療資源浪費的先決條件，

而目前醫界的互信與自律仍是我國醫療生態較缺乏之要素。目前部分醫學中心與基層醫師的關係已經缺乏相互信賴，在總額有限資源下，產生營利化現象，大型財團法人醫院更以具備高科技醫療設備吸引更多病患前往就醫，而醫院市場最普遍的非價格競爭行為，即是購置最先進的高科技醫療器材與提供最新科技醫療服務吸引病患（Dranove and Satterthwaite, 2000），各醫院間以醫武競賽吸引病患前往就醫，在總額有限成本控制下為增加醫院服務量及總產值，醫療院所研擬因應策略，如轉嫁成本給病患、不合理緊縮成本及行政扼殺專業等三大部分（臺灣醫療改革基金會，2002），更毋庸論及尊重病患的人權考量。

傳統醫者只為醫病救人不計功利，病人對醫師專業診治尊敬與感激，近年醫界有感於醫病關係每況愈下，不斷提倡醫學倫理原則的落實（賴其萬，2003），期待重塑醫學本身人文內涵，從以人本出發培養醫者尊重人性尊嚴，重視生命本身唯一性與無可取代性（劉典恩，2002）。自總額支付制度實施後「醫術似乎變成了算術」，部分醫院（如財團法人醫院）為控制醫療成本，當年度總額用完，面對前來病人以延遲或轉他院診療，此外，病情嚴重的病人需耗用較多醫療資源可能變成棄兒。健保局自2007年9月1日起大幅刪減支付給醫院、藥局的藥價，部分藥品進貨價高於健保給付價，為避免賠錢醫師無法使用較好用藥為病患治療，延滯病情，因此總額預算制度是否影響醫療行為，實值得進一步深入探討。本研究希望透過對醫師的深入

訪談，檢視醫師對於總額支付制度實施看法及在此成本控制機制下是否影響醫療行為與傳統醫學教育價值觀。

參、研究方法

本研究方法採取文獻探討佐以實地深度訪談以對照理論的質化分析，透過既有文獻歸納形成研究問題的前理解，針對主題發展半結構式訪談大綱做為深度訪談架構。研究對象為研究者過去在醫療場域接觸熟識的醫師關係網絡及滾雪球方式進行各層級醫院執業醫師實地訪談，由於不同層級醫療院所對於醫療資源運用不同，因此藉由醫師工作過程及經驗以不同角度瞭解其看法。資料蒐集時間自 2007 年 7 月至 2013 年 8 月，以非結構式一對一方式進行 19 位醫師深度訪談，並藉由錄音機、電話及筆記協助經驗性訪談的進行。研究者進行訪談醫師之前，事前以電話與 e-mail 方式，邀請受訪醫院之訪談對象，說明研究者的身份及研究主旨，約定受訪時間，再依約定時間進行訪談，並且取得訪談者同意，進行同步錄音及紀錄訪談重點。研究過程中，預測醫師臨床上有某些特殊的醫療行為表現，由於每個醫師定義醫療行為的方式不同 (Fielding, 1995)，為進一步了解醫師個人想法，進行深度訪談與討論，從研究者自行設計之訪談大綱從訪談過程蒐集資料，對於受訪者語意之疑問，再以電話進行二次訪談以釐清受訪者原意。

肆、醫師經驗訪談分析

依據張荳雲 (2001) 研究，病人對疾病症狀的瞭解與否、副作用的程度，甚至病人主動性，多少取決於醫師和病人間的互動。總額支付制度的實施是否影響醫病間互動與醫療行為，本研究整理內容如下：

一、醫師對實施總額預算制度與門診合理量看法

門診合理量實施限縮於每個病人就診時間，使醫師在醫療過程中失去過去自主性，憂心健保核退無法以病人福利為至高原則，門診負荷量逐年增加醫師給病人的時間必然相對減少，平均不到五分鐘看一個病人將影響完整的床側理學檢查，只好以增加實驗室檢查因應可能的疏忽，病人在做了許多檢查後仍難從忙碌的醫師口中得到適切完整的解釋，因而對醫病關係減弱信心。診療行為是否受影響，訪談內容整理如下：

「總額實施多少會影響我們看診及執業時間。以保肝藥「保甘錠」來說，健保給付價為二點二四元，但診所附設藥局向藥商買藥須以三點二四元購進，藥品進貨價比健保給付價高，等於醫師或門前藥局多開調配這類藥就得賠錢；因此我們同業有些寧願不開此藥給需要的病患。我雖然獨自執業超過 35 年，但是現在看診的時間確實因制度有略作修正，乾脆增加自我休假時間，星期六、日都不再看診了。」 (DID1)。

醫師認為醫療資源浪費是因為健保制度設計不良所致。醫師認為只能做為政策

的接受者，健保局是否應進一步召開基層醫師執業公聽會了解其想法。

「總額制度實施造成點值下降，健保局制定各種限制造成臨床用藥不便，更影響醫師看病的行為使地區醫院生存不易」(DID3)。

「贊成現行健保個別醫院總額制度，例如長庚就拿走 50% 以上的經費。另外合理門診量只會造成「劣幣驅逐良幣」現象，像我們付出耐心看診的醫師，也許有一天會被淘汰吧！」(DID4)。

「總額門診合理量影響醫師看診行為 too much limitation。如門診、住院單價部分其實不容易掌握，醫院不能拒絕病人，不能說今天的量夠了就關門休息，健保局以這個當指標似乎不太好…所以我們被迫要開許多自費門診」(DID5)。

「面對現在健保進行許多改革實在莫可奈何。我們基層診所為了生存會想辦法多收一些病患，多看診，但又怕門診合理量問題。建議健保政策應該要確實落實轉診制度，不是喊口號而已、加重部分負擔；最好是保大病，不保小病」(DID7)。

對於經營基層診所與地區醫院醫師，因看診對象大都是小病的病患，因部分負擔並未提高，基層醫師必須多收一些病患，多看診才有辦法生存，又擔心門診合理量問題。目前許多民眾仍深信大醫院設備較佳，小病仍會前往大型醫院就診，因此基層醫師落實執行轉診制度仍有進步的

空間。

「為總額門診合理量，現在只好自己提高掛號費至 200 元或選擇成本低的替代藥，還好來此看病的病人，都是老鄰居了，不在乎多付出 50 元」(DID6)。

顯示醫師在總額制度實施後，由於醫療成本考量影響其開立高成本藥方行為。門診合理量實施病患人數未受影響的診所，通常因為醫師看診仔細或是醫術高明產生口碑，就診人數較少的診所，通常因為民眾認為醫療品質差或其他原因而不願就診，即使因地利方便就醫，卻因醫療服務品質低未前往就醫，而門診量多的診所雖面臨入不敷出，則另改採加收掛號費方案。

二、總額支付制度實施後醫病關係權力的消漲

醫師原於醫病關係中占有支配地位的一方，在總額預算制度實施後，醫病二造關係由傳統父權傾於消費者，醫師在醫療給付上須受到保險人控管，原先在制衡力量中支配地位已受到影響，健保局為穩定健保財務在醫療給付內容修訂過程雖不斷與醫師協商，但在介入原有醫病關係的制衡力量後，保險人與醫療提供者角力關係往往依循著非理性原則。因醫療制衡力量參與者皆希望自己是獲優勢的一方(Light, 1991)，而醫師原有行醫服務奉獻尺度是否隨總額制度後有所改變如下內容：

「像我父親也是醫生，以前沒有健保前一代醫生像神一樣，那時候的

knowledge 並不是那麼發達，所以基本上病人非常信任醫生，醫生講得都是對的醫生地位比較崇高，但那一種關係很值得珍惜…」(DID7)。

「沒有健保前醫病關係，醫生說什麼大概就是什麼，那時候看醫生，病人也是怕醫師啦，也不太會問什麼問題，雖然對於病症可能也沒講得很詳細，但是總之大部分那個時候，病人看病就是喜歡打針或多開些好的藥，我們也會視病情增加診療程序。但現在總額實施後，再無奈也要配合政策走…」(DID2)。

從上述訪談過程可知過去醫病關係，醫師看病風格需要病人遵循診治過程服從父權態度，由於過去醫師社會地位崇高，醫囑如同聖旨般因而帶有對病人父權命令口吻，醫師以合理解釋新制度影響論點，因不同執業場所態度、價值觀等方面有所差異 (Coburn & Willis, 1997)。醫師形象變遷緣於外力使然，誠如受訪醫師 DID2 認為醫師不受外在環境因素誘因影響確實不易，因此面對現今各項成本控制機制下兼顧病患與己身權益則需進一步權衡。

三、當醫療專業變成醫療服務業，病人成了客人

總額支付制度實施後影響了醫師的自主性，在有限資源下，醫師認為現行醫療行業競爭趨勢逐漸褪去威權形象，漸將病患定位於顧客的角色，醫療業變成了服務業，醫師為增加績效朝向以顧客為導向的互動模式，並且放下身段與病人「搏感

情」，為使病患感受醫師的關懷與其它醫院醫師不同，以增進考量「顧客滿意度」及重視病患需求且改變對病患態度，否則擔心「面臨倒店」以下的訪談可見：

「現在醫師可能有一半要依照病人想法去做，還要能主動觀察病人需求調整與病患互動型態以後才能多介紹親朋好友來此看病，沒辦法嘛，實施總額後有限資源生存不易，病人不是跑到大醫院，要不就為了省點掛號費到基層診所看病。我們現在反而要講求服務與病人互動多一點、好一點，他們也會願意來這邊做每年的例行健檢啊！」(DID8)。

「醫師看診態度已有改變啊！應該這樣說，我舉長庚做例子好了，因為長庚是老字号，它的品牌忠誠度很高，所以不怕沒客人，把病人視為客戶的觀念，但是在醫生觀念裡這種以顧客為導向的績效經營看診方式還是會比較薄弱點。但是我相信一些大醫院，特別是公立醫院，現在也慢慢在改了啦。診所就不太一樣病人真的是 income 來源，而且診所也開的非常的多，一旦讓病人的滿意度下降擔心以後病人不來看病。所以我認為醫院與診所醫師看診態度還是有差距的，診所對病人態度還是會相較醫院好一點」(DID9)。

從上述訪談可知支付制度轉變，現行醫師因為競爭除需考量病患觀感，醫師行醫態度轉變有時需與自己專業知能與判斷妥協，且與病患間互動會因執業層級有所

差別。大醫院服務醫師，由於執業院所名氣及設備等較不需要擔心病人來源問題，面對病患診療態度則有別於診所醫師，診所醫師處境因需面臨第一線競爭場域衝擊，故視病人如客，且隨消費主義興起，病患逐漸意識醫師應依循醫學倫理對待，因此醫界更應回歸於「人性醫學」以對治長久而來存於臨床醫療中的人性淡漠。

四、醫療院所進入微利時代，醫師行醫趨向商業化

總額制度實施後，部分醫院為達到收支平衡，開源節流以求生存採顧客為先、競合理念及減少醫療支出、並有效增進資源利用與提升病患滿意度導向策略（吳重慶等，2001），總額制度實施九個月後地區教學醫院以上的 128 家醫院在因應策略上，以如何因應制度策略為先，其次是加強管控成本，最後則為加強醫療技術（莊念慈等，2004），而區域醫院及醫學中心層級面對總額制度，為因應外部環境壓力實施各種組織間競爭與合作策略，如醫學中心病床顯著性的減少（陳姿君，2006），地區醫院則以經營洗腎室、復健中心及醫療自費業務多角化經營，認為與其他醫院策略聯盟較具經營績效，公立醫院則因較重視社會地位價值希望醫師在「開立處方之行為」配合醫院因應政策（陳純慈，2003）。總額制度實施後，重視「薪酬價值」的醫師其醫療行為越積極，且為薪資與升遷的影響，而表現不同的醫療行為，因此即使醫師身處於不同層級執業場所，為配合醫院經營績效，行醫的商業氣息越來越濃，

但為何趨於商業化？如以下訪談得知：

「行醫有商業氣息，其中一項為病人方面因素，在診治過程中很多病人的不知感謝，醫師也只好把付出後的回饋冀望於實質面的給付，況且在總額有限的大餅下如果醫師可以得到感謝能得到尊重，大家咧緊褲袋也不要緊啊，大家也覺得很好啊。但是若得不到感謝，就必須從別的地方得到報償，如果你沒有辦法從病人那得到感謝，也只好多賺點錢，不然你只會覺得對不起自己」（DID7）。

「大家為了基本生存，為了衝這個看診績效量啊，你沒有這個門診量就不可能活下去啊，不管是診所或醫院，在總額下很難啊，因為醫師供應大求診需求少啊！你不曉得現在病人都很會養生也學聰明了，你稍為對他們解釋不清楚或不好，他們下次就不來了，臺灣就這麼小，診所醫院多，病人求醫並不困難，我們也只好自己發展一些病人自費項目自保囉！」（DID5）。

醫師行醫態度隨制度產生微利化，誠如上述醫師（DID7、DID5）的訪談，部分財團法人醫院面對激烈的醫療市場競爭，如何吸引更多病患就醫，提供滿意的服務，使醫院在競爭中占有一席之地，必須於傳統醫療服務項目外適當增加自費項目。

「營利性質醫院加入也讓醫療工作導向商業化，我們那個時代的醫生就是長庚介入這個系統。你若要說它對臺

灣醫療有貢獻也是有，比如它打破像以前只有幾個山頭的壟斷，使得醫療服務普遍提升，這對臺灣有蠻大的貢獻。但是事實上這種醫療是一個比較營利性的作法，所以比較容易變成一個生產線的醫療，也比較容易變成一個管理式及一個論件計酬與講求效率的醫療。所以在這種醫療下對臺灣是有進步的哦，對打破醫師權威是有幫忙的，但也會變成較商業化…」(DID10)。

「有些醫師必須靠門診量或做一些小檢查來增加績效產值，但有些較資深醫師 PPF 是夠的，那些人我不方便講，其實開刀也是。病人找醫師看病，雖然學理上診療流程為何，但為了衝績效獎金告知病患，一律「全套都要做」檢查才能獲知病因為何，或是小病當大病看，像『拉肚子的卻做胃鏡，有夠可憐』，這種情形相當多…來找我看病訴苦的，大概有四、五個感冒的病人，有時卻被當成疑似『氣管炎、肺炎』來治」(DID19)。

「各醫院在搶總額這塊大餅有不同拼績效方式。我們若以量化來比較，比方說不同醫院面對相同病情病人，A 醫院醫師不需要做什麼檢查就可以診斷，那你絕對收不了很多錢。但是如果 B 醫院面對同樣病情病人來看診，醫師告訴病人要做全套的理學檢查，包括 X 光、驗血、驗尿全套，做完後所得的答案與另一家醫院診療結果是一樣的，病人做了這麼多的檢查，B

醫院就可以得到很多的收入。但是如果是一個訓練比較好的醫生，應該是病人做了某項檢查後，懷疑病人有大腸癌病情就可先做糞便檢查，再做直腸鏡啊。直腸鏡有問題再做切片，做完以後，病人如果真有問題再做血管攝影及做腹部的 CT SCAN，是這樣整套下來的，不是每一個病人都需做全套的理學檢查的，你懂我意思嗎？就是驗尿、驗大便、驗血，全部都來，這樣一個病人做全套完整的理學檢查，可能要五萬塊，但是檢查結果出來可能什麼都沒有真的是浪費掉。但是醫院在賺錢當中分給的績效獎勵金也多，變成以後醫師們就會往這條路走…」(DID11)。

上述受訪醫師認為競爭及醫院給薪方式重績效，社會風氣轉向於功利化，使醫療行為呈現商業化，因此，醫師專業形象轉變並非單一要素使然，而是內外多重要素與制度產生交互作用影響了醫療行為。

「所謂在總額下求生存的開業術，你懂嗎？假如說這個病人不需要打針也沒什麼毛病，只是感覺累，覺得沒精神，有的醫師較會開業的，要你兩、三天來打一次點滴。點滴我們都知道也沒什麼，只是一些鹽水，並且開給病人三天的藥量。那是王醫師要妳來找我，我與他是很熟的朋友我才告訴妳實情！其實藥價成本很低，三天的藥成本大概不會超過一百塊。但是，會開業術的，他就這樣唬病人的！」(DID12)。

「醫師為考量診所收益，例如為門診合理量超過使診療費被打折扣，於是找其它醫師輪流看診或有越來越多診所醫師投入自費門診，本末倒置，甚至捨治病門診，轉戰於美容減重方面，甚至橫跨不相干科別，如眼科醫師也在醫美減重，主要是這個在趕流行啊，因為自費項目總有較多價差的空間，賺的會比較多一點，所以很多開業的診所會慢慢往自費發展，甚至最近還跑出來大腸水療法等，那些東西都是他們的重頭戲項目。至於是不是對病人真的有用，我覺得要打一個問號啦！真正去診所看減肥，如果真正是過度肥胖，像這本 textbook 說的，BMI 值大於四十以上，真的會引起心臟疾病方面的還是少數的。所以像年輕漂亮的女生希望維持苗條的身材或是希望更瘦或是希望去除臉上疤痕，這已經屬於消費行為，我覺得已經跟健康扯不上關係了。可是很多外面開業的診所雖然宣稱有名醫看診，事實上有的醫生乾脆不看持健保卡的病人，甚至排約特定時段，只看這些美容減重的病人，這種情形事實上相當多…」(DID13)。

現況部分醫師為維護自己收益增加，受訪醫師對同業作為以語帶保留方式回應：

「健保是一個社會福利式醫療，所以這種醫療等於是比較平頭化沒有一個 quality。目前醫院在算醫師的薪資都是在算論件計酬，醫師看幾個病人，

這種情況會使我們看病的時間越來越短，想開刀的個案越來越多。因為這牽涉到一些利益或是你名譽的問題，開刀的 criterion 接著就會降低，因這牽涉到有些意識及牽涉程度，你的用藥還是診斷會不會逾越到你本身的倫理，顯然一個制度的確會左右人…」(DID14)。

Ozuah (2002) 認為培養今日的醫學生成為明日的良醫不易，在醫學教育中數個充滿不確定的重大挑戰，如面對醫療環境的腐蝕、財政收入減少，連帶使相關的醫護與管理的負擔加重。醫師既是一項掌握人命的職業，醫師與病人間有高度資訊的落差，往往掌握較多的專業資訊，例如醫師宣稱某種藥物對病人有神奇療效或在治療過程中可決定是否須做不必要的醫療處置，輕則使病人損失金錢，重則損失生命，故成為良醫與否需藉由醫學教育將醫學生道德感與價值觀紮根，始可避免不同價值觀的迷失。

五、「三管」病患強迫提早出院人球事件增加，醫師的省思與建言

總額預算實施後，部分醫院採取調漲掛號費或限制門診掛號等措施因應卻影響病患權益，另外住院部分重症病患與醫療人球被強迫提早出院，因而出現「三管」病患（即掛著鼻管、胃管、尿管的病患）出院的畫面，此外，由於醫學中心門診限診，病患只好改掛急診，急診室則因為病患沒有病房住產生人滿為患之情況。對於人球事件日益增加是否會觸動醫師心中的

醫德，訪談如下：

「其實在總額實施下，加上重視病患權益醫師壓力越來越大，除了怕被健保局刪減，也怕動不動被病人告。時代不同，現在很多病患家屬會上網查資料，再與醫師討論。另外，醫材進步，過去為中風病人施行腦脊髓穿刺術，現在想起來覺得很危險；由於醫術進步醫療技術不會有大問題，只要健保局不要過於成本考量，影響我們看病選擇處置的情緒，醫師們應多重視醫病關係才是重點，這點同業應加強溝通」(DID15)。

「我在臨床上遇到一個連續發燒四天且左肺疼痛無法下床的病人，根據理學檢查及經驗法則，大概有八成機會是細菌性髖關節炎；不過不巧的是，有八成五可靠的關節穿刺與九成可靠的超音波檢查，都未能發現有利的証據；在當時千鈞一髮之際，我心想：是否該立即為病患開刀？但是病人病情複雜，要依據程序正義為病患做進一步檢查，即再做一項有九成可靠的磁共振造影掃描？最後我堅持選擇程序正義，為病患做磁共振造影掃描檢查，檢查結果發現病患在髖關節內果然有不尋常之積液。當時我雖堅持為病患檢查以期能心安理得開刀，也解決病患問題，但是事後我也十分擔心此筆檢查費用是不是會被健保局刪掉，其實有時夾在健保與病人，還真是左右為難」(DID16)。

「還有一個患者，因痛風性關節炎產

生膝關節腫痛僵硬，入院做關節鏡清創及鬆弛手術，原本只需住 7 天，因病人要求復健住了 13 天，膝關節已可彎至 100 度情況穩定，傷口拆完線癒合不錯，於是建議這個病人回家復健。病人卻要求著說：林醫師，我家裡沒人照顧我可不可以讓我多住幾天，在這繼續復健到完全好？看到病人不想出院，於是只好告訴他我的難處，我說，你在家復健就好了，現在全院都沒病床，希望你能出院，讓給真正需要緊急治療的病人而且你住太多天，健保局可能會扣錢，又要寫申覆報告，坦白說我也蠻無奈的」(DID16)。

因總額度限制各醫院為控制成本有些昂貴藥避免使用，許多必須使用昂貴標靶用藥的病患，因無法自負藥費而天人交戰，卻僅能服用次級藥，如以下醫師所述：

「有一位膝退化關節炎的老太太每個月固定會來門診拿一個月的藥，這次幫她換了別種藥，她卻說：醫師，這次開的藥吃了比較沒效，上次的較好，可不可以換回上次的藥？我心想若換回以前的藥，價位較高，但是因為總額度限制，於是便改開兩星期的舊藥給她，但卻引來老病患抱怨，我想以後我大概會被二代健保評入醫療品質不佳吧！」(DID17)。

「想當初健保開辦之初未設限，許多財團醫院拚命衝門診及開藥業績，但當健保開始限制門診與住院比例時，最早立刻對門診量設限的是那些醫

院？又許多醫院在健保施行之初狂收住院病患強調占床率，待總額實施後病患住沒兩天就要病患出院的醫院又是那些？有一間大型財團醫院，在總額預算出爐時立刻將每月四千門診病量降到兩千，當自主管理與卓越計畫規定與去年業績比較的醫療達成率必須有九成五，該醫院立刻再重新努力拉升其門診量。又有一個財團醫院參加卓越計畫由健保支領的是固定費用，但新開的分院不受限制而依醫療量給付，在第一時間就派出多輛交通車鼓吹並搭載病患至偏僻的新分院看病，對於健保制訂新遊戲規則，有想到會引起「劣幣驅逐良幣」？」（DID9）。

在總額支付制度下，健保局實施總量管制用意原在控制合理門診量，以提昇醫療品質，但實施以來，醫療院所在多做多賠情況下，只好減少門診人次，致急診室超收病患，部分財團醫院為紓解人潮在原醫院附近成立不同名稱醫院，兩院醫護及病患交流成為聯合門診。以精算成本著名的財團醫院近年大量擴充規模想必與此有關，因採購醫療用品基數愈多，議價空間愈大，支出成本愈低，因此，給付差價則有正向貢獻於醫院財務，同一種治療，財團型大醫院醫療收入增加，而小醫院或無法靈活作帳的公立醫院卻未增加，部分財團醫院採用如專車接送的便民措施以提高門診量與產生藥價黑洞問題。

「我認為健保實施總額管制會嚴重影響病患權益，呼籲政府應建立協調改

善機制。雖然我們醫院曾告訴醫師們，健保局來函表示健保收支狀況不理想會加強控制醫療支出，但仍要求醫院對急重症病人一定要處理。對於拒收病患問題必須由專家判斷，醫院若真的拒收急重症病患，將予以違約記點，最重可停約。但是我記得臺中一位林老先生因腹部腫瘤惡化，九月底前往大學附設醫院就醫，但醫院受健保實施總額管制影響，第三季額度已滿，明明有病床卻拒絕林老先生住院，等到十月新的一季開始才讓林老先生住院，這真是影響病患權益」（DID19）。

病患到醫院就診，因季末醫院總額度已滿面臨被拒收命運，尤其民眾喜愛至大型教學醫院就醫，病床幾乎都客滿。誠如以上訪談，政府更應建立協調醫院改善機制。

「妳要談總額產生的問題與對病患的權益？趁現在我有空檔我再舉個簡單的例子吧！像過去曾經因為大型醫院擔心醫師在外開業分心而定不開業獎金與專勤制度即將走入歷史。現在大型醫院開始鼓勵醫師在院外開診，鼓勵可能『超額』的病患轉去院外『門口』門診，以便擴大名目搶食總額的大餅。妳聽過醫師必須隨時在「卓越計畫」下留意自己每月開藥配額是否已用光了嗎？因為醫師用光了配額可能會被扣薪水，也可能被醫院強迫休假。但是這種情形可以發生在我們公立醫院嗎？如果不行，這些正派經營

的公立教學醫院如何生存呢？如何阻擋一波又一波的病患，過去在私立醫院領藥現在開始流向公立醫院領藥的浪潮，如何阻擋私人醫院對簡易病情的病患鼓吹開刀，但一旦病患產生後遺症卻馬上要求轉診至公立醫院的特殊現象呢？這樣病患病情會不會被延誤？」(DID19)。

「其實，我們也知道人球問題啊！最近我在晚上值班，就碰到一個屬於產科急症的案例，但是卻因為總額制度，導致沒有病床。一位孕婦在小診所生產中爆發止不住的大量出血，送來我們醫院胎兒雖然保住了，但是卻救不回媽媽。家屬非常不能諒解認為『怎麼會生個小孩就會送命？』。但是，受過醫學院完整教育的醫學生大概都有一般性的完整概念即「產後大量出血」是一種並非罕見的生產後遺症，其潛在原因可能是前置胎盤，子宮無力收縮來止血，子宮破裂或羊膜栓塞等問題，如果出血超出一千毫升且需要輸血，便很有可能控制不了形成大出血，若大出血發生則急救成功率便很低了。這些情形的發生率從十萬分比到千分比不等，尤其在醫療開發的國家都會很小心謹慎地留意避免這種致命的併發症，但是因為有些因素並非人力所控制，因此，沒有任何一個國家可以完全避免這種不幸事件；產科醫師無法保證這種產科急症不會發生，何況如此緊急下又碰到大醫院沒有病床。但是我認為唯一可以保證

的，只要醫師夠專業資格，事前有警覺且事後盡全力來救助。因此同業平時加強專業應變能力也是很重要的」(DID18)。

行醫數三十年已是宿耆的資深醫師與甫出道資淺醫師在判讀案例理應具不同能力，但在健保規定與給付上則一視同仁。另外，由於醫院受到總額管制影響，因給付額度已滿拒絕病人住院，對於總額管制及病床調度問題，健保局似乎應該尋求協調溝通之彈性機制，避免重症者求醫無助之問題。

「過去臺灣醫療習慣以醫者、專科為導向，如果有位病患因呼吸困難必須住院治療，胸腔內科認為心臟衰竭是肺功能不佳的主因，心臟內科卻認為胸肋積水必須為心臟衰竭負責，兩科都不願主治，病人沒有主治醫師當然住不了院。過去尚未有保險介入，醫病關係也較為單純，像我們在進行外科手術必須有術前檢查、麻醉、手術技術、手術材料、手術人力、術後照顧等步驟，現在得到的健保給付卻不甚合理。甚至私人醫院對待醫師也有不公平現象，如某些急診重症科醫師努力為病人提供很好的醫療，但在醫院卻可能被院方高層召見而得不到支持；只因為根據醫院收支計算後，他們科的醫療成本對醫院財務是負的貢獻，做一個賠一個私人醫院當然不支持，導致許多重視收支平衡的醫院都只願維持應付評鑑所需的基本量，讓許多資深且學有專精的醫師有心無

力，當然造成許多重症病患必須在半夜穿梭在大型醫院間」(DID15)。

從上述受訪醫師觀點，目前醫療行為導因於多重因素，外部健保制度因素占的比重較多，因外部因素牽動內部環境因素，致使醫師傾向關心給付問題，部分醫學系高材生面對總額制度有限資源下，最後選擇風險偏低，生活品質高、收入較高科目，如皮膚科、整形美容外科，且目前少子化，醫師對於選擇婦產科執業則望之卻步，其他如外科、麻醉科，過去熱門科別，現在選擇執業意願偏低，倘若醫師選科失衡現象持續，唯恐未來為病患開刀接生之醫師皆為外籍醫師。

伍、結論

從本研究訪談發現，總額支付制度實施後，許多醫院由於醫療成本的考量，嚴重影響醫師開立高成本藥方的行為。住院部分重症病患易成為醫療人球或需提早出院，特別是對於需要龐大醫療給付的重症醫療，已經面臨人才難覓現象，未來當病患僅為盲腸炎手術，均須因此被迫延宕至數個月後執行，故為避免民眾權益受損，健保當局是否應先設法解決醫療支付合理化問題，如建立「退場機制」，使經營不妥之醫療機構排除其與績效較佳之醫療機構分食健保經費，並應加強其專注於完善的醫療服務提供為要。其次在總額支付制度實施後醫院面臨制衡力量，部分醫院為避免暴露在浮動點值的經營風險，尋求增加病患自費醫療與手術策略或以輕病住院充

量以獲取較大盈餘致限縮重症病人住院空間。另外在本研究經驗訪談中發現，總額支付制度實施造成部分醫院經營不易，以地區醫院醫師表示在有限資源下為求生存，醫院傾向於發展自費項目，且在轉診制度未徹底執行民眾仍偏信於大型醫院及教學醫院知名醫師，形成目前用較高的健保給付支撐耗資百億元的醫學中心的重要理由，但地區醫院存在仍十分重要，特別於醫療資源相對缺乏地區，地區醫院仍負有社會服務功能的必要性，且是許多基層診所醫師非常重要的在地後援。從健保局對不同層級的給付政策上，似乎意謂只需要幾個量販型的超級醫學中心存在即可，忽略隨時可就近提供簡易醫療檢驗服務的中小型醫院，其中之矛盾必須以制度改革化解，就中小型醫院而言，理應不能任由市場機制決定其存活與否，因在偏遠的地區仍是醫療網中不可或缺的醫療成員。對於被健保局引為總額預算制度體制重要參照之國家如英國、加拿大、德國，沒有任一國家將各層級醫院醫療給付總支出納於同一個總額度下，所有醫院皆於此總額度下競爭，面臨浮動點值的經營風險，以加拿大為例，加拿大為實施總額預算制度最久與最好的國家，為保障總額點值則將第三級醫學中心之醫療給付另外獨立給付，如此可使需要特別照顧之重症、罕病病患確實獲得第三級醫療照顧保障，而不致成為以成本導向之醫療院所下的人球。

就臺灣本土實驗而言可獲得驗證的是，個別醫院所面對之經營風險為趨吉避凶，增加診斷與不必要住院檢驗與手術以

脫離點值貶值時的虧損獲取實質利益，對於依循醫療規範正規經營的醫院可能因為未能鑽營取巧，致受到點值滑落與量能不足雙重財務衝擊，輕則虧損借貸，重則結束看診，之後所有大中小型醫院，無論其原始醫療服務理念與宗旨為何，皆朝向齊頭式發展以共同實現「將總額餅做大」口號，而拋卻總額預算之束縛為目前可整合內部意見與利益四分五裂不同醫師團體間共同之交集，無論身處於何種醫療領域層級，雖然醫師感嘆行醫難為，仍期待醫師能發揮專業所長行醫救人，從本研究經驗訪談，部分醫師在面對醫病間專業角色扮演拿捏與支付制度利益權衡中，仍能維持原有的志業精神。

總額支付制度雖是全民健保成敗關鍵之一，雖可在較短時間內以有效改善健保財務，顯著減少財政龐大支出，然而包含屢被提到之藥價黑洞、不必要的或重複檢驗、濫用藥品、大財團醫院獨占利益、地方政府積欠保費等，背後之政治、民代特權、經濟利益形成之共犯結構多少相關不

易割除。反觀病患在可能淪為人球之際，於不同醫院間轉換就醫時，之前看診的病史資料、處方與檢驗結果無法經由迅速有效的健保電腦網路連線傳送至之後就診醫院，仍是重複檢驗、藥品濫用主因之一。如此當醫療體系間不當的利潤已經成為保險體系的成本負擔，卻仍然由守法的人民在背負時，醫療福利的精神已經變質，社會正義也飽受摧殘。最後，當各醫院績效部門為總額預算制度耗費諸多精力，集中於如何搶食總額大餅算計同時，與其耗費精力於枝節與健保局接球遊戲，理應重新省視自身的醫療專業及條件狀況，以醫療流程合理化為主軸，從事必要的改進，並訂立短中長程計劃作為永續經營基礎，若拘泥於一時得失反而失去更多病患信任，再過多的權謀終究失去病人及醫療人員信心面臨退場。

（本文作者為銘傳大學風險管理保險學系
助理教授）

關鍵詞：總額支付制度、醫師公義、醫療
風險、醫療行為

參考文獻

- 臺灣醫療改革基金會（2002）。《議題資料庫》。網址：<http://www.thrf.org.tw/index.asp>。
- 行政院衛生署（2007）。《全民健康保險概況》。網址：
<http://www.doh.gov.tw/NewVersion/index.asp>。
- 吳重慶、葉淑娟（2001）。〈總額預算制度下醫療產業的因應之道〉。臺灣醫界，44（7）：55-59。
- 吳芝儀、李奉儒譯（1995）。《質的評鑑與研究》Patton. M.Q.著 Qualitative evaluation and research methods.臺北：桂冠圖書公司。
- 李玉春、蘇春蘭（1993）。《總額預算制度之設計》。臺北：行政院衛生署。

- 施桂雲(2002)。
〈以系統思考觀點探討健保總額預算制度對醫療系統影響之研究〉。彰化：大葉大學事業經營研究所碩士論文。
- 莊念慈、黃國哲、許怡欣、郭乃文、魏中仁(2004)。
〈醫院因應總額支付制度之策略方案及其相關因素探討〉。臺灣公共衛生雜誌，23(2)：150-158。
- 陳純慈(2003)。
〈臺灣健保實施後地區醫院經營策略與績效探討〉。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 陳欽賢、劉彩卿、林建仁、朱子斌、邱文達(2003)。
〈總額支付制度下醫院同儕行為之競合：賽局理論分析〉。醫務管理期刊，4(3)，68-79。
- 蔡甫昌(2002)。
〈醫病關係與執業倫理〉，《應用倫理研究通訊》，21，13-18。
- 張荳雲、謝幸燕(1994)。
〈就醫流向的長期變遷〉。中華衛誌，13：54-76。
- 張荳雲(2001)。
《醫療與社會－醫療社會學的探索》。臺北市，巨流圖書公司。
- 劉上永(2003)。
〈正確用藥教育介入成人感冒患者高就醫行為之研究〉。雲林：國立雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文。
- 劉典恩(2002)。
〈論醫學人文精神的重塑〉。醫學與哲學。山東：科學出版社，23(9)，15-18。
- 盧瑞芬、謝啓瑞(2001)。
《醫療經濟學》。臺北：五南圖書出版有限公司。
- 藍忠孚(1998)。
〈臺灣醫師費制度現況〉。醫師費制度國際研討會。臺北：長庚紀念醫院。
- 賴其萬(2003)。
〈醫病關係〉。《臺北市醫師公會會刊》，47(12)，43-53。
- Coburn, D. and E. Wills (1997). The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. In the Handbook of Social Studies in Health and Medicine, ed. G.K. Albrecht, R. Fitzpatrick and S.C. Scrimshaw London: Sage.
- Dranove, David and Mark A. Satterthwaite (2000). The Industrial Organization of Health Care Markets, in Culyer and Newhouse ed., Handbook of Health Economic, Amsterdam: Elsevier, Volume 1, pp.1092-1139.
- Mulligan, Elizabeth A. and Gene Stone (1997). Accounting and Financial Reporting in Life and Health Insurance Companies, FLMI Insurance Education Program.
- Fielding, Stephen L. (1995). Hanging Medical Practice and Medical Malpractice Claims? Social Problems, 42(1), 38-55.
- Koutsopoulos, KC, RJ Meyer and D. Henley (1977). Psychometric Modeling of Consumer Decisions in Primary Health Care. Health Services Research Journal, 12: 427-37.
- Light, D.W. (1991). Professionalism as A Countervailing Power. Journal of Health Politics, Policy and Law, 16(3): 499-506.
- Minichiello, V., R. Aroni, E. Timewell and L. Alexander (1995). In-depth Interviewing, Sec-

- ond Edition. South Melbourne: Longman.
- Ozuah, P. O. (2002). Undergraduate medical education: Thoughts on future.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=117804>.
- Sloan, FA. (1978). The Demand for Physicians' Services in Alternative Practice Settings: A Multiple Logit Analysis. Quarterly Review of Economics and Business, 18: 41-61.
- Taylor, S.J. and R. Bogdan (1984). Introduction to Qualitative Research Methods, Second Edition. London: Wilsy.