

東海大學管理碩士班在職專班 (EMBA)

碩士論文

指導教授：林財丁 博士

健保對醫師轉科意向與工作激勵之影響



中華民國九十四年十二月

摘要

全民健保自民國八十四年開辦以來，已堂堂進入第十年了，雖然獲得多數民眾的肯定，但是無庸置疑的，這些年來病患至各醫療院所就醫卻也抱怨連連，全民健保真的是照顧到全民的醫療嗎？為何連醫師也得走向街頭示威抗議？「看診愈多、賠得愈多」是現在醫師們心中的痛，逐漸突顯全民健保十年來除了財務困境外，卻也衍發更多的討論與爭議。

本研究透過結構式訪談以及問卷調查，試圖從醫師的角度瞭解目前所實施的健保總額支付制度，對醫病關係及醫療行為的影響，以及醫師的續留或轉科意向，這對醫師的激勵與工作滿意有其重要性，分別探討如下：

1. 分析在健保實施後醫師醫療行為與醫病關係的改變，以實際瞭解對醫師所承受的衝擊。
2. 參考先進國家德國與加拿大之健保制度，並與台灣現行制度比較之差異。
3. 研究醫師未來在選擇執業科別的趨勢，以提供管理者能制訂更合理的總額支付制度，避免少數科別膨脹或畸形的發展，以保障大多數科別醫師的權益，進而有效控制醫療費用，確保醫療服務品質及降低醫療資源浪費的目標。
4. 以激勵理論探討醫師的工作滿足。

在問卷結果中，發現樣本裡有 12 年以上的資深外科醫師，僅有 31.58% 願意留在外科，卻有高達 42.11% 想轉到眼、耳、皮科。即使資淺的外科醫師，也僅有 53.33% 願意繼續留在外科。使我們警覺到「醫師」這個曾經是大學聯考成績最好的才能考進，外加七年苦讀、嚴格的訓練才能養成的行業，他們的「工作滿足」是否已亮起了紅燈。健保制度在這個過程扮演什麼樣的角色？我們將把深度訪談的結果，套在激勵理論的架構加以探討，解析量化與質性訪談的研究發現，並試著使用「公平理論」、「工作特徵模式」、「社會訊息處理歷程」、「成就需求」四大理論加以解釋。

關鍵字：總額支付、醫療行為、醫病關係、轉科意向、激勵理論

The Impact of NHI on Doctors' Switching Intention and Job Motivation Abstract

It has been ten years since Taiwan's NHI was implemented in 1995. Although NHI has brought the satisfaction to the majority, complaints from health providers and the insured have also surmounted as well. We have reasons to doubt whether NHI has covered well people's health or not. Otherwise, why do the doctors have to go to streets to protest for their own rights? "To see more patients, to get less payments" is just one of the inequalities perceived by the doctors. Besides the possible financial debacles, disputes over the current NHI system have surfaced.

This study intends to investigate doctors' perception on NHI using in-depth-interview and Likert-scale questionnaire. We wish to find out the impact of NHI on doctors' switching intention and job motivation, including:

1. To analyze the change of medical behavior and doctor-patient relationship during the post-NHI era.
2. To compare Taiwan's NHI with German's and Canada's.
3. To study doctors' intention to switch among various departments and the implication of avoiding disputes and complications.
4. To explore doctors' job satisfaction using motivation theory.

From the questionnaires, we found only 31.58% of the senior surgeons who had been practicing over twelve years intended to remain in surgical department. 42.11% of them wished to switch to the dermatology, ophthalmology or ENT. Only 53.33% of the junior surgeons who had been practicing less than twelve years intended to remain in surgical department. We investigate the role of the doctors under the impact of NHI and try to explain the results from perspectives of motivation theories, including equity theory, social information processing theory, job characteristics model and achievement theory.

Key Words: global budget, medical behavior, doctor-patient relationship,
switching intention, motivation theory

致 謝

終於要寫致謝了。回首過去的兩年時光，從一開始來到了享有名聲的東海，緊接著開始了忙碌的學生生涯，認識了許多了好友，包括林世彬、陳世佳、王世鴻、蔡炳輝及其他無法在這小小篇幅中所提到的好友，陪伴著我共度了一開始茫然且緊湊的研究生生活。

在做研究中最要感謝的是我的恩師林財丁院長，老師秉著要盡心讓學生能夠學到更多為目標，藉著一步步的引導方式，讓我能夠在學術上以及做人處事方面都能有非常大的收穫。另外更要感謝兩位口試委員，他們是尹裕君主任及周瑛琪老師給予愛緣在論文上的指導與建議，讓我的論文能更加充實與嚴謹。我論文能順利的完成，除了感謝林老師、尹老師及周老師的指導之外，還要感謝國貿系的徐啟升老師，他帶著我完成了量性研究的分析，並時時關心我的進度，給我的幫助是非常大的。

另外，謝登隆主任，他永遠是帶著笑容在迎接我們，並且不辭辛勞的幫助我們，而與他聊天時就好像是同輩間的朋友般，能夠無所忌諱的無話不談，讓我在研究所的生活中更添加了許多的色彩。

最後，感謝其它那些曾經幫忙過我，照顧過我的同學、師長與朋友們，能夠認識你們真的是我的榮幸與驕傲。希望大家在離開了東海之後，彼此還能在心中記住這段美好的時光，並期待在未來的相見。

黃愛緣 謹誌於東海大學
中華民國九十四年十二月

目 錄

中文摘要	I
英文摘要	II
誌謝	III
目錄	IV
圖目錄	VI
表目錄	VII
緒 論	1
第一節 研究動機與背景	1
第二節 研究目的	2
文獻探討	5
第一節 全民健保制度實施之前與之後	6
第二節 先進國家健保制度	8
第三節 健保制度對醫師選科的影響	21
研究架構與方法	25
第一節 研究架構	25
第二節 研究方法	27

第三節 研究議題	27
資料分析結果	28
第一節 自陳式問卷	28
第二節 深度訪談	38
討論與建議	39
第一節 公平理論	39
第二節 工作特徵模式	42
第三節 社會訊息處理歷程	46
第四節 成就需求	47
參考文獻	48
附錄一：自陳式問卷	50
附錄二：深度訪談記錄	52

圖目錄

圖 1-1	近年健保民調滿意度4
圖 2-1	德國醫療費用 GDP 比例與 OECD 主要國家比較一覽表	...12
圖 2-2	加拿大 BC 省醫療等候查詢網頁19
圖 2-3	加拿大 BC 省神經外科醫療查詢網頁20
圖 2-4	加拿大 BC 省神經外科各醫院等候查詢網頁(以溫哥華醫院為 例)21
圖 3-1	研究流程 26
圖 4-1	[內外科 X 資深淺] 選其他科交互作用37
圖 4-2	[內外科 X 資深淺] 選眼耳皮科交互作用37
圖 5-1	工作特徵模式42

表目錄

表 1-1	全民健保歷程	2
表 2-1	支付制度對費用與醫師病人行為之比較	6
表 2-2	德國與台灣之社會比較	9
表 4-1	執業科別表	29
表 4-2	受訪醫生對健保制度的看法	30
表 4-3	資淺者(≤ 12 年)轉換科別意向	32
表 4-4	資深者(> 12 年)轉換科別意向	33
表 4-5	資淺者 vs 資深者內外科系擬轉換科別意向	34
表 4-6	比率差異檢定	36
表 5-1	質性與量性樣本彙總比較表	39

第一章 緒論

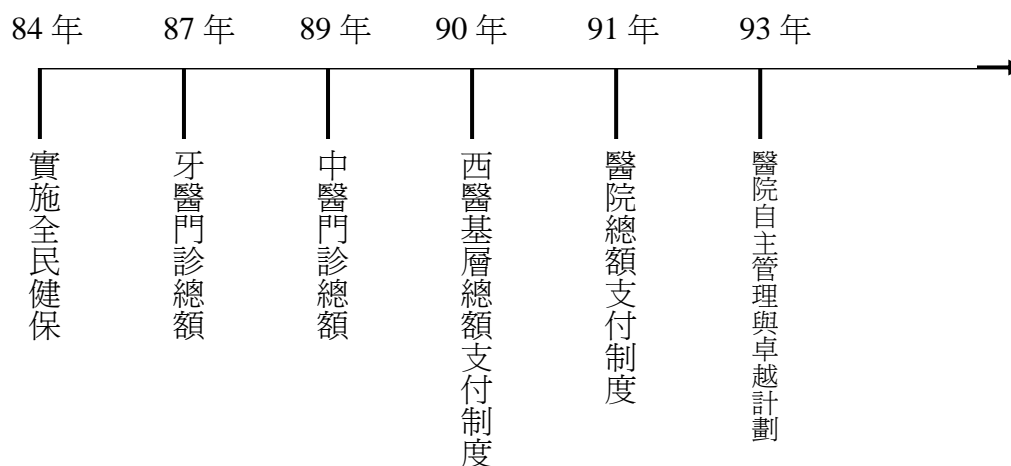
第一節 研究動機與背景

全民健保自民國八十四年開辦以來，已堂堂進入第十年了，雖然獲得多數民眾的肯定，但是無庸置疑的，這些年來病患至各醫療院所就醫卻也抱怨連連，全民健保真的是照顧到全民的醫療嗎？還是被民眾譏笑為全民「賤」保？為何連醫師也得走向街頭示威抗議？「看診愈多、賠得愈多」是現在醫師們心中的痛，逐漸突顯全民健保十年來除了財務困境外，卻也衍發更多的討論與爭議。

全民健保是一種強制性社會保險，凡是中華民國的國民，在台灣地區設有戶籍四個月以上，都必須依法參加全民健保，乃是為了提供全民平等就醫的權益。由於全民健保是財務自足、自負盈虧的社會保險制度，所以必須以保險費的收入，支付被保險人的醫療費用。當保費收入不足以支付被保險人的醫療費用，亦即入不敷出時，就必須調整保險費率，或者縮小給付範圍，以維持健保的財務平衡。可以很明確的界定全民健保是「社會保險」而非「社會福利」。

根據健保法第五十四條規定：總額支付制度得分階段實施，施行日期由主管機關定之。而現行的健保制度，比較大的問題還是在醫療費用節節上漲，以及如何抑制浪費與更有效利用現有的健保資源。論量計酬的醫療行為，雖然加速醫療產業的發達，提供民眾就醫的方便性，但是無上限的支付制度卻也造成醫療費用快速成長。從民國八十七年七月起健保局鑑於健保保費收入成長率低於醫療費用支出成長率，為了有效的抑制財務面的虧損，乃分階段於八十七年七月起實施牙醫總額支付制度，八十九年七月實施中醫總額支付制度，九十年七月實施西醫基層總額支付制度，九十一年七月起全面實施醫院總額支付制度(表 1-1)。

表 1-1 全民健保實施歷程



固然總額支付制度的全面實施是大家的共識，也是為了彌補醫療費用上漲所造成的財務缺口，卻也是醫師走上街頭的主要原因。總額支付制度形同孫悟空頭上被如來佛套了一個頭箍，各個醫師面對外在環境的改變，醫師醫療行為由原本單純的診治病患朝向多面向的轉換，不但直接影響到醫病關係與醫療品質，對醫療行為的影響更值得我們探討。

十年來，現行的健保制度究竟出了什麼問題？全民健保制度的優劣，是國內醫療向上提升或向下沉淪的重要關鍵。我們擔心在財務分配或醫療作業上，現行的健保制度非但不能發揮除弊興利的功能，反而產生懲善揚惡的效應；或是引發醫療提供者的道德危機，導致價值觀錯亂，劣幣驅逐良幣的一連串對整個社會影響極為深遠的連鎖反應。每位醫療工作者都希望能提供自己的病患最好的醫療照護，也期盼在台灣的每一個人民都可以在這個制度下享受到最好的醫療品質，當一個快樂的病人或醫師，因此站在第一線執行醫療使命與任務的醫師如何面對健保制度的挑戰，是我們最迫切的課題。

第二節 研究目的

民國八十四年三月在民眾的期許、政府的魄力與醫師的質疑聲中，全民健保制度終於開跑了；遺憾的是全民健保並不同醫療品質的提升，統計資料顯示，急性盲腸炎變為穿孔性腹膜炎才開刀的症例數，在全民健保全面實施第一年後就增加約 20%(錢橙山，2001)。類似這樣的數據都是檢討醫療品質的重要依據，令人感嘆的是，現在我們每天看到的、聽到的不是調漲保費，就是醫師限制就診次數與病患人數，以控制健保費用支出上限，卻忽略了醫療品質逐漸惡化的事實。醫病關係受其影響，不但民眾對於健保制度批評聲不斷，而且現行健保支付制度已使得基層醫療院所快速萎縮，

造成不分大小疾病均往大型醫院跑，導致嚴重的醫療資源浪費。然而，人們卻忽略了醫學中心等教學醫院，除了服務病人之外，還肩負教學及研究工作；環觀台灣的醫學中心每日門診量少者數千、多者上萬，用「門庭若市」來形容並不為過，使得台灣的醫學中心服務、教學與研究品質無法與先進國家看齊，更令人擔憂的是，原本應非常人性化的醫療行為，變得充滿銅臭味的商業交易。

邱小妹的「人球」事件反映整個醫療體系出了問題，而不只是急診醫師應該值班多久？用什麼人值班？如何轉床等「技術性」問題，而是健保制度是否分配公平？若現行健保支付方式危及醫師們的「公平認知」，根據激勵理論公平原理(Adams, 1965)，醫師們會以減少投入的消極態度來應對。我們值得去探討深藏在表面下的問題：健保制度是否讓醫師們難以實踐醫師誓詞：「我鄭重地保證自己要奉獻一切為人類服務；病人的健康為我的首要顧念；即使在威脅之下，我將不運用我的醫學知識去違反人道。」

或許是健保制度出問題，使得醫院、民眾、醫師三者皆輸；醫院經營不下去，醫師尊嚴不若從前受尊重、病患醫療品質下降。在有限的健保大餅下，大家都在搶，結果是民眾面對更加廉價卻更沒保障的醫療。再者，現行健保制度是否給付明顯的不合理？是否會使醫師態度趨於消極？是否對醫師執行醫療業務動機有所改變與影響？醫療是結果不是原因，原因是出在那裏？另外對於高風險、高難度、低報酬、不確定醫療行為或是難以處理的急重症病患，是否造成醫師的選擇性醫療以求自保？因為在相同的支付下，醫師並不需要冒險去治療高難度的病症(劉玉珍、林錦鴻，2003)。我們面對的是變調的醫病關係，號稱有著高達百分之七十六全民健保的滿意度(圖 1-1)，卻隱藏著暗潮洶湧的層層問題。

本研究透過結構式訪談以及問卷調查，試圖從醫師的角度瞭解目前所實施的健保總額支付制度，對醫病關係及醫療行為的影響，這對整個健保制度的實施，是有其重要性，分別探討如下：

1. 分析在健保實施後醫師醫療行為與醫病關係的改變，以實際瞭解對醫師所承受到的衝擊。
2. 參考先進國家德國與加拿大之健保制度，並與台灣現行制度比較之差異。
3. 研究醫師未來在選擇執業科別的趨勢，以提供管理者能制訂更合理的總額支付制度，避免少數科別膨脹或畸形的發展，以保障大多數科別醫師的權益，進而有效控制醫療費用，確保醫療服務品質及降低醫療資源浪費的目標。
4. 以激勵理論探討醫師的工作滿足。

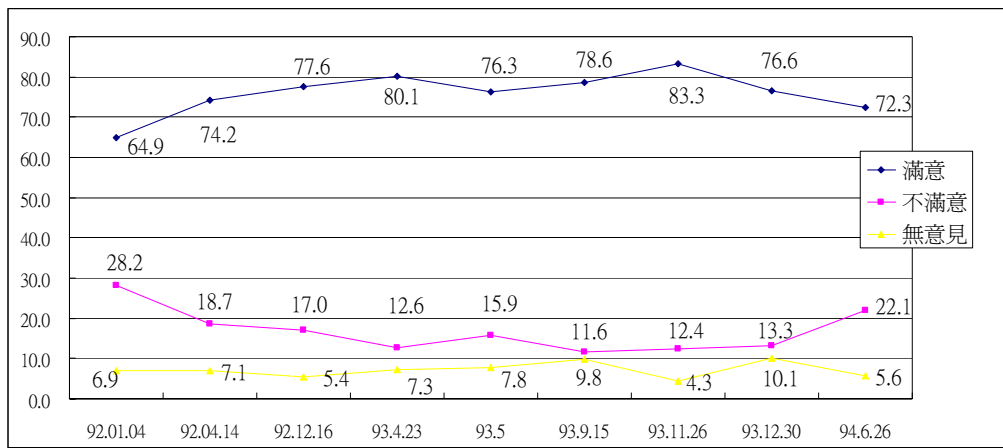


圖 1-1 近年健保民調滿意度(92.1.4~94.6.26)

資料來源：中央健保局

第二章 文獻探討

第一節 實施全民健保制度之前與之後

全民健康保險法立法之初即明文規定(第四十七條至第五十條)，推動總額預算制度為全民健保控制財務之主要政策。全民健康保險在民國八十四年三月一日起實施，然而考量總額預算制度對醫療院所所造成的衝擊，仍沿用論量計酬制度(fee-for-service)，將總額支付制度採分階段漸進的方式，陸續於民國八十七年七月一日實施牙醫門診總額支付制度，民國八十九年七月一日實施中醫門診總額支付制度，民國九十年七月一日實施西醫門診總額支付制度，民國九十一年七月一日實施醫院總額支付制度。

總額預算定義與類型

總額預算簡單的說，是在一定期間內預期支出的最高金額。總額預算支付制度(global budgets or expenditure limits)是指在醫療產業下某些部分的醫療服務的花費上限控制。所以總額預算支付制度是指付費者與醫療提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段時間內(通常為一年)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，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(全民健保醫療費用協定委員會，2001)。所以在總額預算支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：

- **支出上限制(expenditure cap)** 預先依據醫療服務成本及服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量(點數)而得；當實際總服務量點數大於原先協議的預算總額時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。
- **支出目標制(expenditure target)** 預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過標準值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本。因此實際支出可能超出原先設定目標。

論量計酬就是所謂的因量致酬(piece-rate-pay)，按實際提供服務的項目與數量計算報酬；無形中鼓勵醫療工作人員多看診、多檢查、多給藥、多處置。總額預算與

論量計酬的最大區別在於前者為醫院所接受的醫療給付金額已經固定，不易增加；後者則可因醫療服務數量增加而增加，而且理論上可以無限增加。所以在實施「論量計酬」，醫院考量以衝刺來激勵員工儘可能增加醫療服務數量來增加醫院的收入；但是在改採「總額預算」制度下，縱使如何的增加醫療服務量、拼病例，給付卻不易增加。將總額支付制度與論量計酬比較其差異如下：

表 2-1 支付制度對費用與醫師病人行爲之比較

項 目	總額支付	論量計酬
醫療費用控管	採事先提出並透過協商，促使醫療費用的成長在一定的範圍。	由於醫事服務提供者不需分擔財務風險，鼓勵以衝業績為主，促使醫療費用上漲。
醫師醫療行為	降低醫事服務提供者以量導向的誘因，使醫療機構的服務量趨向合理化。	醫師在不須以成本為考量下，使得醫師儘量提供服務量。
病人就醫行為	醫師為提高每一點支付的金額，且在同儕制約下，病人求診次數不容易受到誘發。	醫師為提高收入，容易誘發病人求診的情形。

資料來源：本研究整理

實施全民健保之前

在台灣的醫療健康保險史上，民國八十四年是個重要的分界點，因為在這一年的三月一日，開辦了全民健康保險制度，使得全國民眾都享有最基本的健康需求照護。在這之前我們稱之為「舊保險制度」，主要分為公保及勞農保兩大體系，大多數病患是以自費身份就診，並無醫療保險的照顧，沒有強制的保險規定，至民國八十三年保險人口僅及六成。全民健康保險自民國八十四年三月實施以來，對於醫院醫療服務經營型態產生相當大的影響，全民健保屬於全民強制納保的形式，迄今納保率已達 99%，並藉著保險制度的引進來降低個人財務的風險，並且保障了大多數國民醫療的基本權利。

實施全民健保之後

全民健康保險法第四十七條至第四十九條、第五十四條皆有明文規定需實施總額預算支付制度。然而由於健保開辦初期考量該制度對醫療院所造成之衝擊，故仍沿用

論量計酬支付制度(fee-for-service)，將總額支付制度採分階段漸進的方式實施。

牙醫總額預算支付制度

我國自民國八十七年七月開始在牙醫門診進行試辦。其支付模式是以支出上限制為主，由「醫療費用協定委員會」(費協會)於年度開始三個月前，考量保險對象人數、人口結構、牙醫物價指數、給付範圍、醫療品質及其他醫療利用密集度之改變，加以協定(李玉春，2000)。

中醫門診總額預算支付制度

牙醫總額預算制度實施後，衛生署緊接著在民國八十九年七月試辦中醫門診總額預算支付制度。中醫總額預算同樣是採支出上限制，基期年原擬採八十九年度，但為避免 921 震災效應及新制部分負擔實施的影響，故以八十八年度中醫門診醫療費用成長 5.83% 估算八十九年度的醫療費用(蔡瓊玉，2000)。

中醫門診總額預算制度同樣依各區保險對象人數分配，但是採八年漸進方式，即第一年(八十九年七月至九十年十二月)95%按各區實際發生醫療費用，5%依各區校正後保險對象人數分配；第二年起依保險對象人數分配所佔比例逐年提升為 15%、25%、40%、55%、70%、85%及 100%，而其實施前仍須提報費協會協商確定(全民健保醫療費用協定委員會，2001)。

西醫總額預算支付制度

考量到西醫醫院與診所在角色分工、主要收入來源、資源重分配方向、費用控制策略及經營目標不盡相同，西醫總額預算支付制度分為醫院和西醫基層醫療費用總額兩部分。西醫基層醫療費用總額涵蓋門診服務、處置及藥品費用(含自行調劑及交付調劑費用)；醫院醫療費用總額則大致涵蓋特約醫院提供的西醫門、住診療服務。一般門診服務項目採支出上限制，特殊門診服務項目方面，洗腎採支出上限制，預防保健則採支出目標制。

總額制度尚待改進

基本上實施總額預算制度的優點有：(1)醫療費用的成長可以控制在合理範圍。(2)醫事服務提供者在預知全年預算總額下，減少以量取酬的誘因，並配合醫療院所與醫師檔案分析的運用，可使服務行為合理化。(3)在固定年度總額的前提下，醫事服務團體可以自訂支付標準及主導專業審查，專業自主權可以提升。(4)藉由付費者與供給者共同協商，有助於雙方成本意識的提升，使雙方權益趨近平衡。但是，總額預算也有潛在的缺點，如果參與協商的各方若無法達成共識，將使協議難以達成；再

者也必須有配套措施(如論人計酬、論病例計酬)，否則難使醫師改變醫療行為。其次是醫療服務提供者自主審查，如審查制度不健全可能引起劣幣驅逐良幣。最後是事前如果缺乏完善的監控機制，則服務品質可能會受到影響，使得被保險人的權益受損。

所以一個制度的實施是要經過評估、衡量，彙整專家的意見，透過溝通等機制方能上路。現今的總額制度最重要的癥結，除了瞭解要將餅做大外，是否在推行制度上應取得協商共識，否則未來醫院是否會走向破產的命運？預先協定醫院總額之成長率，或可暫時控制保險支出之金額，但健保財務問題，亦與保險收入緊密相關，國內迄未建立健保財務責任制度，可預見健保虧損之問題將無解決之日。

第二節 先進國家健保制度

歸納世界各國的健康照護體制(醫療制度/醫療保險政策/全民健保制度)，可分為兩大類，第一類源自 1870 年代的德國，在鐵血宰相俾斯麥時代所開始的制度——疾病基金會，其用意在於以社會互助保險來解決醫療費用問題。此制度建立後，從德國擴展至法國、比利時、荷蘭、盧森堡等中歐國家；而日本則參考德國建立起相同體制，韓國與台灣的制度則沿用日本，上述國家皆屬於以保險為主的醫療體系國家。另一體制為英國體系，在 1948 年建立了國民健康照護(National Health Services)制度，並且由一般稅收負擔起制度經費的來源。此制度後續影響了北歐四國、冰島，南歐各國如義大利、希臘、葡萄牙，以及英屬的加拿大、澳洲等國家。總額預算始於英國，是為英國公醫制度的重要骨幹；加拿大試用於 1971 年，更為加拿大醫療保險制度的基石；德國、法國、荷蘭等亦爭相採用，其目的都是為了管制醫療費用的增漲。

德國的健康保險制度

德國是世界上施行社會保險歷史悠久的國家，健康保險制度創辦很早，於 1883 年俾斯麥時期便立下基礎(OECD, 1992)。由於擁有很好的基層醫療及預防保健服務，且保險制度不斷革新，相較於歐洲其他國家，不但醫療照護體系的發展優異，民眾的健康狀況亦屬於高水準。

德國對於健康保險的監理方面，由於健康保險人均是獨立自主行政的公法人，民眾可自由選擇保險人，帶來競爭壓力，形成制衡的力量，可維護應有的消費者主權，國家只擔任合法性監督的角色，制訂各種基本準則，監督不法，維持一個有彈性的制度，防範壟斷，讓保險人和醫療供給者兩方面能有適度的競爭。

德國位於中歐，面積 356,754 平方公里，約為台灣的十倍，1995 年人口是 81,539

千人，是台灣的四倍，密度為 228.56 人/平方公里，則為台灣的五分之二。下表為中德之現況比較一覽表（林芸芸，2000）。

表 2-2 德國與台灣之社會比較

項目/國家	德國	台灣
面積	35.7 萬平方公里	3.6 萬平方公里
每人可耕地面積	1492 平方公尺/人	399 平方公尺/人
總人口	8119 萬人	2100 萬人
人口密度	234 人/平方公里	600.8 人/平方公里
65 歲以上人口佔率	15%	8.1%
總生育率	1.3	1.8
人口年增率	7.3	10.1
GDP	25621 美金	13130 美金
經濟成長率	2.0%	6.77%
勞動參與率	57.4%	58.3%
失業率	9.8%	2.7%
經濟扶養率	2.29	2.35
平均餘命(男)	73 歲	72 歲
平均餘命(女)	80 歲	77.9 歲
嬰兒死亡率	5.1%	6.4%
每萬人口醫師數	32	12.48
每萬人口病床數	97	52.18

資料來源:行政院主計處《社會指標統計 1998》

過去西德共分十一個州，是民主共和國；東德共分十五區，原為共產主義國家；東西德於 1990 年 10 月統一。在分離長達四十五年，德國有兩種的健康照護系統，東德採公醫制度，於統一後改採西德的健康保險制度。目前德國共有 16 個邦，為聯邦型態國家。德國人民勤勉率真，實事求是、守法，政府雖然介入不多，卻也是德國健康保險制度可以順利運作的主要理由。

健康保險實施狀況與基本原則

德國健康保險制度的形成，主要基於三項基本原則(吳凱勳，1997)：

1. 自我管理(self-management)：極力避免政府的介入與干預，健康保險體系由醫療需求者與醫療提供者自組民間機構，充分發揮自我管理的功能。

2. 共同參與(partnership)：雇主與受雇者為獲得醫療保健的目的，共同協力分擔健康照護所需的財務經費。
3. 社會連帶(solidarity)：為確保健康與醫療品質，經濟能力強者有支援弱者的社會連帶責任。

德國是全世界第一個施行社會保險的國家，其健康保險實施至今已一百多年，且堪稱世界最高水準。德國目前約 90% 居民加入法定健康保險(相當於我國之全民健康保險)，被保險人分散在七類不同的疾病基金會中，其餘 10% 的人加入私人商業健康保險。保險費是由雇主和被保險人各付一半共同分擔，各基金會可依法自行決定保險費率，各個疾病基金會的財務自給自足。醫療服務提供者包括衛生服務部門、藥事服務部門、開業醫師、公立醫院、非營利私人醫院、營利私人醫院以及居家照護服務機構等。醫院主要的型態有三種：(1) 公立醫院，通常屬聯邦及地方政府所有，約佔 51% 的床位，其醫師為受薪制；(2) 私人、營利醫院，約佔 35% 的床位，其醫師為受薪制；(3) 私人、營利性的醫院，約佔 14% 的床位，其醫師收入為論量計酬。

德國醫療費用的財源，60% 來自疾病基金會的保險費收入，21% 是來自聯邦地方政府的一般稅收，7% 來自私人保險的保險費收入，另外大約有 11% 是保險不給付，是病人自付費用(馬培卿，1998)。

支付制度

基本上德國支付制度採總額預算及論量計酬分配方式，其中門診採支出上限，住院採支出標的，而不論支出上限或支出目標，所有協商都是在協定行動委員會決定醫療費用成長率的原則下進行。

德國健康保險門診醫師診療報酬的支付方式可分為兩階段：第一階段稱為總體層次，由基金會與保險醫師公會談判，協商出每季的總額，而須特別注意的是：(1) 總額並非固定：總額的計算並非一成不變，有各式各樣的方式與組合。(2) 動態與連續：保險醫師公會與健保基金會都是公法團體，一旦當季總額高估或低報，可於次季中折扣或追加。第二階段又為個體層次，係指醫師公會在取得全體保險醫師診療報酬總額後，再內部分配給各個醫師。所以地方醫師協會付給私人開業醫師則是依協定的相對點數，論量計酬來支付。一旦實際服務超過協定總額，則每點支付金額會下降，所以每位醫師所獲得的報酬將受到自己與同儕提供的服務量影響。在此要特別說明德國地方醫師協會與基金會是共同來分配健保資源。基金會其最大的特色是他們是強迫性會員組織，扮演介於政府與個人職業分類保險的角色；而且該基金會是在法律授權下能

制衡會員的工作行為。

德國住院費用支付制度大幅改革，採論件、論日混合計酬制(吳凱勳，1997)，支付制度分為論件計酬、特別計酬、科別論日計酬以及基本費用四類。論病例計酬與特別計酬係依主要診斷(ICD-CM-CODE)及病例組合計酬，共有 220 種，支付點數全國適用，但每點單價則由各州自行協定。論日計酬則是論病例計酬以外的診療費和護理費採論日計酬，由醫院分別訂定每日定額費用。基本費用包括病房費、膳食費、人事費等非醫護性費用，由各邦自行訂定各科適用的每日定額費用。其支付制度的特色如下(周麗芳、陳曾基，2000)：

1. 授權：國家或政府並未介入掌控費用支付的方式與內容，亦非由保險人單方面來決定，而是由健保基金會與保險醫師公會共同辦理。
2. 標準化：申報表格格式全國統一，縱使存在數百家健保基金會與保險醫師公會，無庸顧慮資料計算與轉帳的困難。
3. 動態與彈性：雖是全國一致的支付標準，但有各式組合，並非一成不變即使支付標準中各個項目的相對點值已確定，亦可能因加權與折扣而有變化。
4. 分立：各邦的相關機構各自協商，更能慮及當地的環境與需求。

現況問題

德國醫療體系強調病人的選擇權及醫師的自主權，提供高品質的醫療照護、醫療費用穩定控制，及民眾滿意度高，這些目標的達成主要是有優越的公共財務系統，以及聯邦政府有效的醫療費用及醫院設備成長率控制的政策。其現況問題分析如下：

1. 從醫療體系來看：德東醫療資源及設備缺乏，以往中央集權管理模式抑制醫師的自主權，但其醫院、門診照護的一貫性，兼顧家庭、工作場所及學校的衛生，並且重視預防保健。德西的醫療體系，重視醫師、基金會及病人的自主權，但其藥品充斥，針對高科技醫療及藥品提供過度服務，而預防保健、精神醫療及長期照護卻相對不足。
2. 從供給面來看，德國醫療供給充沛，幾乎為 OECD 國家之首。1992 年每千人急性病床為 7.4 床，每人年門診就醫次數為 12.8 次，而開業醫師人數成長迅速，1993 年每千人醫師人口比約為 3.2，均較 OECD 其他國家為高。
3. 從需求面來看，老年人口比為 15%，人口老化使長期照護需求殷切，雖然德國政府在 1994 年制定第五種社會保險長期照護保險法，但仍面臨人口依賴比明顯下降，如果不謀求對策，長期照護需求所衍生的財務問題將超越未來社會安全制度及醫療照護系統所能負擔的能力。

4. 從醫療費用控制來看，醫療費用佔 GDP 的比例並與 OECD 主要國家資料比較，如圖 2-1 所示，雖然控制了國內醫療費用的成長，但是每人醫療費用可能高於多數 OECD 國家之醫療費用。
5. 從公平性來看，相同的需求並不一定獲得相同的治療。白領階級在醫療照護方面較藍領階級有更多的選擇，而且相同危險特質及收入的個人，因為被強制投保在不同的族群中，繳交不同的保險費，這是不公平的。
6. 從民眾的滿意度來看，德國民眾對於醫療體系的滿意度較其他 OECD 國家高，且認為其體系只須些許改變即可。

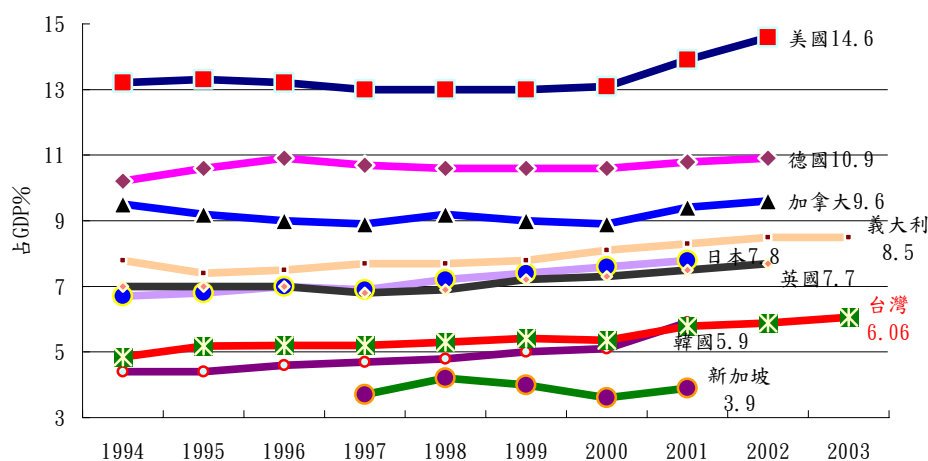


圖 2-1 德國醫療費用 GDP 比例與 OECD 主要國家比較一覽表

資料來源：台灣《行政院衛生署衛生統計資訊網》；新加坡《WHO: The World Health Report》；其他《OECD Data 2004, 1st ed》

德國政府有效制定醫療費用控制政策，並透過總額支付制度的實施，建立具有競爭力的保險體系及醫療市場，是使醫療費用控制穩定的主要因素，而其運作機制得以成功，主要還是來自對於疾病基金會及醫療服務者之間的對等協商。反觀我國，支付標準之合理尚有爭議外，重要的是如何建立協商管道，而非溝通不成下，釀成上萬名醫師上街頭抗議，今年 420 的事件，癱瘓的是民眾就醫的權益與對「健保」淪為「賤保」的寫照。

加拿大的健康保險制度

加拿大健康保險制度概述

加拿大(Canada)的總面積約為 3,851,809 平方英里 (9,860,631 平方公里)，總人口數約為 2 千 7 百萬人。加拿大之健康保險為單一保險人制度(Single Payer)——以省為單位，是社會保險(socialized insurance)，而不是社會醫療(socialized medicine)。加拿大共有 11 個保險人(insurers) (10 省，2 地方由中央政府負責)。加拿大的健保計劃行之已久，自 1950 年代逐漸演進，1984 年加拿大國會通過健康法案(Medical Care Act)，整個健保制度大致完成，並明文規定各省必須符合原則方可獲得聯邦政府對健保計劃之財政補助。

加拿大醫療體系的特色

1. 公共性：各省健康保險計劃必須由政府或政府委託的非營利機構辦理。
2. 全面性：各省健康保險計劃必須提供該省依法設置醫院、診所所能提供病人必須的全部醫療服務。
3. 全民性：各省健康保險計劃必須對全省居民提供一致的全部醫療服務，不因性別、年齡、個人所得、宗教信仰及種族而有所區別。
4. 可攜性：各省的健康保險計劃必須規定新遷移居民候保時限不得超過三個月，居民因特殊情況必須於外省或國外就醫等均可獲得保險給付。
5. 可近性：各省健康保險計劃不得藉故以收取其它費用，或以其它辦法間接或直接地妨礙居民取得適當的醫療服務。

加拿大健康保險制度之演進史：

1940s Saskatchewan 發展以城市醫院及醫師計畫為主，所謂的 hospital insurance (1946 年)

1957 Federal Hospital Insurance Act 通過→主要是住院保險

1961 All provinces included 所有省均實施

1968 Federal Medical Care Act 生效→中央政府補助每省：

50%全國每人衛生醫療支出 × 該省被保險人數。

1971 所有省份均納入保險(All provinces included)

Hospital Insurance : 1946-1961

Medical Insurance : 1962-1971

1984 Canada Health Act 取代前 Federal Medical Care Act

健康保險實施狀況與基本原則

加拿大的健保財源 75%來自人民稅收，25%來自私人支付(洪慧茹，1998)。依加拿大健康保險法規定，健康照護制度由政府負責管理，只要是合法居民，皆可享有各省須提供的醫療服務，並確保民眾得到必要的醫療服務。根據加拿大健康保險法之規定，醫療服務者不可向病人索取差額負擔(extra billing)及使用費(user fees)(楊志良，1998)。所謂差額負擔即民眾若想獲得優於健保給付的醫療服務項目，須自付差額；而使用費即就醫時民眾直接付予醫院的費用，如入院費(admission fees)、每日病房費(per diem fees)、急診費(emergency visit fee)等。如果某一省向病人要求差額負擔或使用費時，聯邦政府可由撥付給省政府的補助金扣除。加拿大的健保費依各省來源不盡相同。加國健康照護基金於 1957 年開始給付住院費用，1960 年代提出應以前瞻性的方式給付醫院費用，1965-1968 年開始給付醫師(門診)費用，自 1985 年至 1990 年陸續實施總額支付制度。

支付制度

總額支付制度實施的成敗與否，與適當的誘因有絕對的關係。以卑詩省而言利用儲備基金制度，給予醫師相當的誘因，其運作機制除了政府補助的金額外，也將去年剩餘之預算放在基金中暫由公會保管；當醫療費用超過支出時，可先從此基金中扣除，另醫師亦可自行決定是否增加醫療服務項目，以增加醫師對於醫療專業的自主權利。但是購買貴重醫療器材、醫院擴建等並不包括在總額預算內，而是要得到政府事先核准，由政府另行撥款供醫院運用。住院病人或門診診察、治療處置及手術費用等，屬於醫師報酬範圍也不包括在內。

以 BC 省為協商基層醫療之總額預算，設有醫療服務委員會(Medical Services Commission, MSC)，由政府代表三人，BC 省醫師公會(BCMA)代表三人及被保險人(民眾)代表三人共九人所組成。協商過程中，若經由協商會議(Negotiation Meeting)，調解(Conciliation)、調停(Mediation)(由律師、法官…等公正之第三者)皆無法達成協議時，最後就只有付諸仲裁(Arbitration)。

各醫院預算分配時所考量之因素包括以年齡、性別及健康狀況為校正指標。針對不同醫院做比較，通常使用指標包括：民眾醫療利用、轉診型態、醫療服務傳遞之效率及醫療服務生產效率。政府希望醫院能在一定的預算之內做六件「對」(6R)的事情：(1)接受對的病人 right patient，(2)提供對的處置 right treatment，(3)使用對的設備 right setting，(4)在對的時間內 right time，(5)花費對的醫療費用 right cost，(6)有對的醫療結果 right outcome。

加拿大酬付醫師的方式有兩種，一是論量計酬(fee-for-service)，另外是支付

薪水(salary)。不管是一般科或專科，在其診所或醫院所從事的專業醫療服務(包括診察、治療處置、手術)及醫師薪資、醫師費等均涵蓋在醫師費用總額內。由於總額預算經費來自稅收及保費，在政府基金下健康照護總額預算區分為醫師總額及醫院總額。醫師總額分為一般科醫師及專科醫師，依支付標準給付；醫院總額分為醫學中心、地區醫院、社區醫院。主要參與的協商團體包括：省政府代表、醫師公會代表、社會公正人士代表，共同組成「醫療服務委員會」，其主要職責是監督預算使用情形並仲裁有爭議的部分。因此醫師薪資及論量計酬支付項目費用的調整，由醫師公會推派代表和省政府協商，若雙方無法達成協議時，依法由省高等法院指定一仲裁人和雙方開會討論後提出一折衷裁定。

在加拿大付費給醫院是採用總額預算制(global budget)，95%以上是公立醫院，其餘5%大部分為長期照護醫院、復健醫院。醫院之給付係依醫院之類別、床數、佔床率、其它醫事人員薪資及福利、醫療及手術器材、藥品等指標，設定年度支付總額。基本上是以一年度所發生醫療費用為基礎，並考慮價與量，「價」包括通貨膨脹、醫師管理費、執業收入、與其它省單價比較、政府雇員薪資等，「量」包括人口成長率、人口年齡、新科技、大眾期待、支付方法轉換、公共教育、政府政策、臨床診療指引及協議書、審查制度、排除非必要服務之給付、醫師供給量、疾病盛行率等。在協商過程中，醫師認為人口年齡老化增加醫療使用率；惟政府部門卻認為，制定臨床診療指引可以有效監督醫療品質，並可控制量的成長，提升民眾的自我教育進而降低民眾不當使用醫療資源。同時，醫師數的控制是很重要的，因為醫師人數增加則會創造「需求」，而導致醫療費用上漲，故每省皆嚴格控管醫師畢業人數。

現況的問題

總額支付制度的實施需要有正確的資訊、公平公正的分配方式，及責任感的醫師公會、政府部門與醫師公會瞭解彼此的期望，監測使用基金分配的能力，並創造正面鼓勵的誘因等。加拿大的健保制度實施以來，其績效普遍獲國際肯定，在所有公共政策中，民眾亦肯定該健保計劃的價值。整體而言，醫療費用的控制成效良好，多年來加拿大的醫療費用佔GDP的比例被認為是較合理的，以1995年的醫療費用約佔國內生產毛額(GDP)的7~9%(次於美國的14.5%、德國的9.6%)，重要的是錢要怎麼用，而非醫療費用如何增加。

就費用控制上，加拿大有幾個特色：

1. 獨佔市場：以法律禁止民間保險業者承保全民健保涵蓋的項目，也就是說，醫院、門診所能提供的醫療服務這種商品只由政府獨買獨賣，雖然在醫療支付項目費用的調整上，仍須透過醫師公會與省政府協商，政府在面臨財政危機時，仍握有較

大的價格控制權以減少健保的支出。

2. 醫師個人收入控制：醫師收入佔總醫療費用支出的第二大類別，為控制醫師收入持續上漲，加拿大政府靈活運用了總額預算制，有些省份採超額折付的方式，先設定醫師收入的閾值(threshold)，超過的部份打折支付。除此之外，總額預算的實施雖能直接控制費用在一個上限內，然由於各科間的診療模式不同，專科醫師的診療項目往往多而複雜，一般科醫師的處置則少而單純；由於每點的金額受到該年服務量的影響，專科醫師往往透過增加服務量的方式得到更多的報酬，每點金額下降的結果，使得一般科醫師的收入較以往減少，造成各科間的不公平。針對此問題，加拿大政府以健全審核制度、規範診察模式、減少每人支付項目等措施以避免論量計酬下服務量不斷增加，避免醫師收入間的變異性太大，積極的作法是改變醫師的酬付制度，將受薪醫師、診療項目較少的一般科醫師與專科醫師區分開來，建立個別的總額預算，或改變醫師酬付制如論人計酬等，使得醫師收入獲得合理的分配。
3. 供給面的控制：限制醫學系招生人數、專科醫師的受訓名額、限制醫師執業年齡上限、新醫師的報酬打折支付，除此之外，大多數的省份均設立一套嚴格的選擇標準以限制加入公共健保計劃的醫師數。
4. 採支出上限(global cap)的方式實施總額，總額的訂定方式依各省而異，大致以人口成長、新科技的引進、醫療服務量、醫師供給量為主要考量因素，在有些省份，當醫療費用支出超出該年所制定的總額，下一年的費用上限會有部分比例的打折。

缺點

1. 未顧及病人的人權：在加拿大保險制度中，大多數為國營醫院，很少私人的健康醫療制度可供選擇，是一種人人平等的健康醫療制度，這種齊頭式平等對病人而言，有違其權益，在崇尚自由主義的西方社會來說，不是每個人所想要的醫療服務都是一樣的，而醫院也沒有經濟誘因提供較好的服務。惟民眾仍可自由的選擇醫師，因此醫療服務提供者彼此間仍有競爭的機制存在。
2. 高技術資源的缺乏：加拿大的健康保險制度無法完全滿足民眾需求，且目前許多仍是限額分配的健康醫療服務。在資源有限的情況下，政府必須決定使用的優先順序以使資源更有效的被利用，因此某些檢查(如 MRI)或手術必須經過長時間的等待，許多新醫療技術沒有適當運用，往往延誤病人病情。
3. 單一健保財源的不足：根據加拿大健康保險法，醫療服務者不可向病人索取差額負擔(extra billing)及使用費(user fees)，隨著醫療費用的成長，政府的財政日趨困難，在無其它財源下，單一者付費的制度愈來愈不符需求，如果該年財政困難健保預算將被凍結，可能會危及健保計劃的品質，影響人民福祉。

以加國實施總額支付制度近 20 年之久而言，在實施總額支付制度後，政府的責任相對降低，而醫院因應總額制度，將相繼發展出更好的管理及計劃，彼此間會相互交換資訊，使醫療服務有更好效率，政府與醫事單位相互學習提供民眾更好的醫療照護品質。

對我國全民健保的啟示

加拿大健保制度中呈現一種社會主義的色彩，除了全民皆保且就醫時不須負擔任何費用，整個制度的設計和我國有很大的不同。加拿大健保採不收使用費、差額負擔、部分負擔的方式，並且未包括藥品保險，相較於我國採部分負擔並包括藥品保險的情況下，似乎以我國的健保制度較能符合民眾的需求，並避免醫療資源濫用。但事實不然，我國的門診次數每人每年高達十三次，且用藥浮濫，顯示我國醫療體系的偏差及民眾就醫習慣不良，無法發揮制度本身的約束效果，且藥費自付似乎較能控制醫療費用。

在財源方面：加拿大健保財源來自一般稅，就醫時完全免費，每年徵收所得稅比例依每年的醫療費用重新協定；而我國則以投保薪資及保險費率作為徵收健保費的基礎，由民眾另付保險費分攤健保的經費。比較這兩種方式，若以稅收作為健保財源，健保預算可能受到當年財政狀況的影響而被排擠掉，在我國稅制不健全的情況下，仍以保險費作為健保財源較為適當，以求財務獨立，自給自足。

由於加拿大採總額支付制，因此總額的協商模式愈來愈重要，加拿大由省政府代表民眾和醫師公會協定費用，政府以「買方獨佔」的姿態出現，談判起來較有效果，協商不成得由省高等法院指定一仲裁人解決。在我國也有類似功能的組織，依全民健康保險法第四十八條規定，醫療費用協定委員會應協商未來的總額分配等事宜，若委員會無法在限期內達成協定，應由主管機構逕自裁決。和加國不同的是，醫療費用協定委員會成員涵蓋醫界、健保局、政府及消費者代表等，如此協商後的結果，應較能反映各方的需求，但也因彼此的立場各異，達成共識困難，如何提升我們的協商效率，在自由民主的制度下加入自我約束的機制，值得大家省思。

以加拿大的健保制度看來，可知「多元化」是未來的趨勢。更知道健康保險是一種社會保險而非商業保險，必須在政府的管理監督下運作才能發揮其社會互助的功能，以照顧到老弱貧病，因此可以在健保相關法令上預留多元化的空間，使得健保在適當時機得以因應時空需求，自我調適。以加拿大為例，雖有私人保險，但只是增加民眾的選擇，試圖轉嫁部分成本到個人身上，政府對整個健保計劃仍有主導的力量。

在對整個加拿大健保制度有個概括的了解後，對於不同的國情、文化、經濟狀況其適用的制度也不同，在加拿大是一個成功的健保經驗，但是在我國可能成為失敗的制度。回顧十年來，我國的全民健康保險政策堪稱重要的社會政策之一，雖解決了保險對象因醫療費用無法就醫而衍生的社會問題，使得人人都能獲得適當的醫療照護，但是面對醫療費用持續上升，健保費收入有限的情況下，如何維持財務收支平衡與兼顧民眾的醫療品質，實為陷入兩難。

總而言之，「總額預算」並無一定之形式或深奧之學理基礎，其制度之形成端賴於保險人、醫療服務提供者與被保險人三方協商之結果。對保險人或政府而言，「總額預算」在控制費用成長方面的確有顯著功效，但其對醫療提供者及被保險人卻不免可能存在一些負面之效應，尤其是所謂的等待時間(waiting list)最令人詬病(圖 2-2 至圖 2-4)。

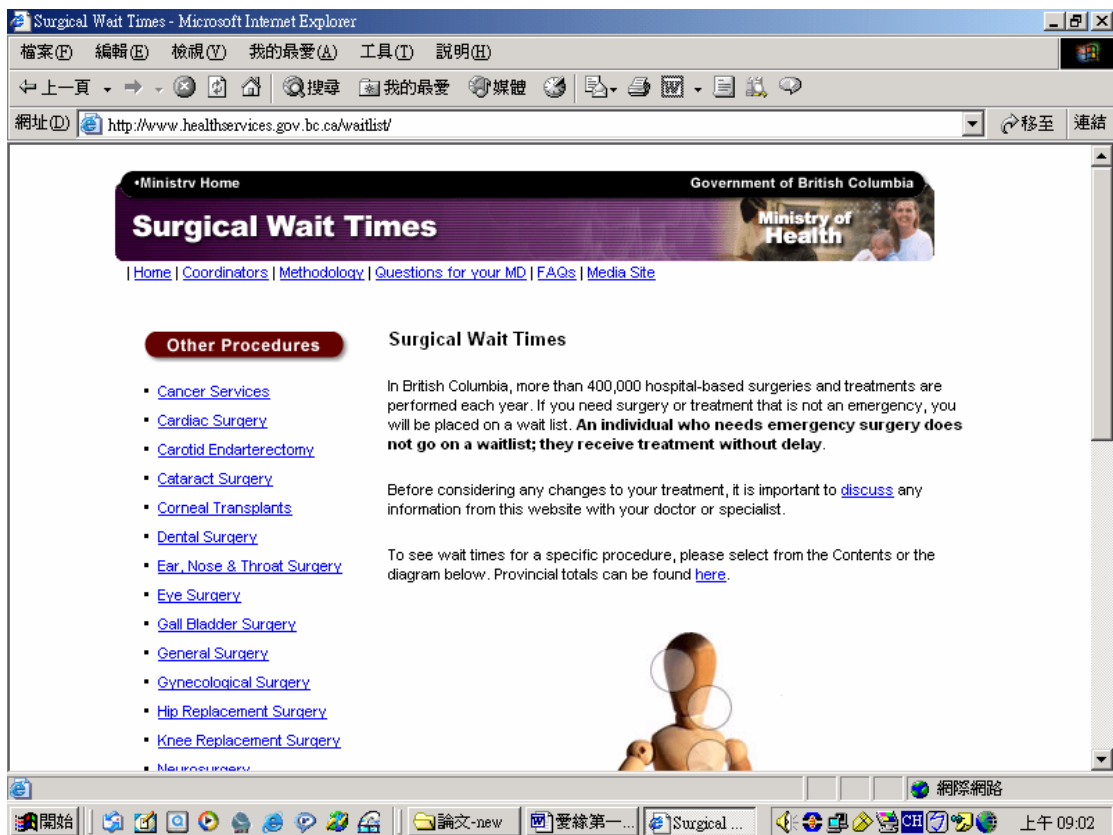


圖 2-2 加拿大 BC 省醫療等候查詢網頁

資料來源：<http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/>

這是加拿大 BC 省政府的醫療等候網頁，說明在 BC 省每年超過四十萬以上執行以醫院為主的手術與治療。如果您需要非緊急的手術或治療，則會安排在等候名單內。而任何需要急診手術是不須在等候名單內；他們會受到即時的處置。重要的是，可以經由這個網站與醫師或專科醫師討論相關訊息。從目錄或如下圖中選擇我們欲瞭解特定的處置之排程；透過此也可以查詢該省的統計數字。

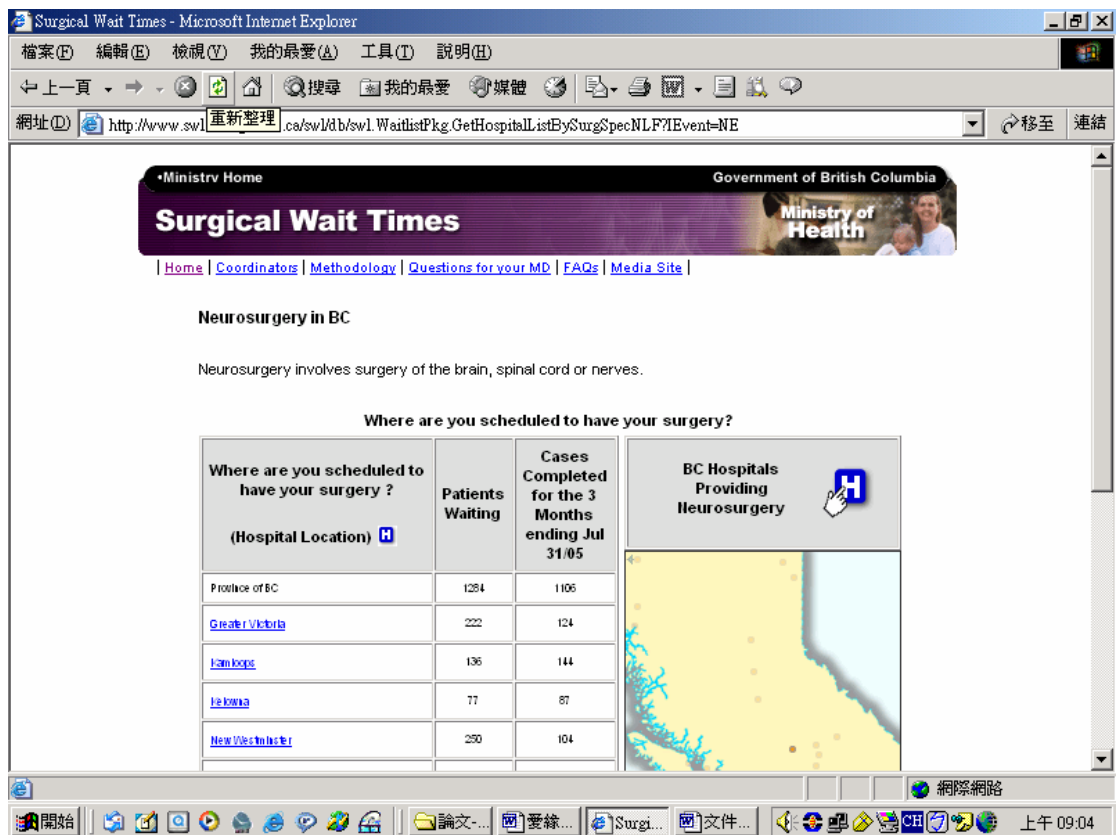


圖 2-3 加拿大 BC 省神經外科醫療查詢網頁

本圖說明了神經外科手術的範圍包括腦部、脊髓或神經。我們可以查詢被安排在那裏手術(依醫院所在地)、目前等候的病患數目以及迄今三個月所完成的病例。因此可知在 BC 省全部等候的病患共有 1,284 名,2005 年 7 月 31 日前的那一季完成的病例數為 1,106 名。如果要在 BC 省境內溫哥華東邊的 New Westminster 市等候手術,以前一季完成 104 個案例推估,每個月大概完成 34.6 例,如果你是等候的最後一名,大約在 7.2 個月後 (250/34.6) 才輪到你動手術。亦可經由右上方點選藍色所註記的英文字母 H 進一步瞭解更多等候的相關訊息。

Surgical Wait Times
 Home | Coordinators | Methodology | Questions for your MD | FAQs | Media Site |

Neurosurgery at Vancouver General

Wait Times Data By Surgeon

The table below shows the wait times for individual surgeons at this hospital. Surgeons are listed according to their specialty, as reported by the hospital.

Surgeon	Patients Waiting	Median Wait Time (in weeks) for the 3 months ending Jul 31/05			
		Day Patients		Inpatients	
		P1 (Urgent)	P2 & P3	P1 (Urgent)	P2 & P3
Akagami, Ryojo	25	--	--	.1	6
Boyd, Michael	38	--	--	.1	2
Griesdale, Donald	9	--	--	--	2.1
Haw, Charles	4	--	--	--	1

圖 2-4 加拿大 BC 省神經外科各醫院等候查詢網頁(以溫哥華醫院為例)

我們可以從圖 2-4 的右方點選查詢各醫院(以溫哥華總院為例)手術的排程。本網頁說明了以溫哥華醫院所提報出來各專科醫師的病患等候情形與依醫師評估病患情況嚴重度，並分為緊急(非常急迫)以 P1 表示，如果從醫院通報出去在兩週內未執行此項處置，則病人的健康可以慎重的協商處理；倘若以優先次序 P2&3 表示為依醫師的意見，該手術可以適當地安排在從醫院通報出去的兩週或以上；至於日間病人手術則是該處置可以在醫院處置後當日完成，不用在醫院辦理住院；對於住院病人是因在醫院處置後需要辦理住院，所須較多醫療資源是與病人病情較嚴重或手術較具風險。如果以破折號「-」表示為該項手術在先前三個月並未執行。

第三節 健保制度對醫師選科意向的影響

從法律的角度，原則上承認唯有醫師才能實施醫療行為，換句話說，非醫師不可以從事醫療行為。因此，實施醫療行為的主體是醫師，而醫師也應該以醫療行為的實

施為業務範疇。因此就醫療行為有廣狹兩義：廣義上醫療行為包括獸醫師對於動物的診療在內；狹義上醫療行為針對於人類肉體上或精神上疾病的預防、診查、診斷、治療或健康維護等事項。

醫療服務的目的是讓病人康復或減少病痛，以符合現代醫療成果的標準來提升個人及民眾所期待的健康狀態；而醫療行為則是運用被確認的醫學知識及技術，對病人提供最適合或比較適合的診療與照顧。所謂適合條件，包括了診療的效果、診療帶給病人負面的影響與經濟負擔等(宋瑞樓，2000)。

醫師選擇低風險科別

很多醫師都反映醫病關係起了變化，目前的病患及家屬比較會爭取權益，病患家屬的要求有的是合理的，有的是不合理。面對不合理或有暴力威脅的家屬，很多醫療人員不禁大嘆醫師難為，長此下去其實不是病患之福，醫病關係課題備受醫院行政管理者或醫師所重視。

目前所實施之全民健保體系，在廣的方面，創造醫療資源並將之廣而平均的分配之；在縱深方面，建立有系統轉介制度，使病患依病情需要，接受適當之專業醫療服務。可是如果我們對現行的全民健保體系民意調查，所得到的答案，就醫療從業人員層面恐怕負面遠多於正面，為什麼呢？在本研究中針對中部地區執業超過二十年與不到十年的醫師進行訪談，在這二十位醫師訪談中對於現況執業的科別與如果能再重新選擇執業科別，尤其是資深的醫師他們多半強調會選擇不再相同科別執業，轉而向低風險高報酬的科別，如耳鼻喉科、皮膚科，由於門診診察費為開業醫主要收入，皆一視同仁，無法反映各科醫師執業成本的差異，如眼、耳鼻喉科平均每次門診看診時間短、執業成本低；外科、婦產科執業成本高，每位病人平均花費時間較長，平均每家診所申報金額只及前者之半。在齊頭式的平等之下，開業醫間科別收入的差距愈來愈大。

健保的施行，最廣受爭議的莫如：不同工卻同酬的現象與費率的設計問題，導致醫療人力分配不均；高風險的科別如外科、骨科，在招收住院醫師時相對於低風險的皮膚科、耳鼻喉科、復健等科來的辛苦。在同酬的情況下，聰明的醫師們自然往風險較低的地方跑。目前台灣醫療的人力市場已經出現傾斜的現象(劉玉珍、林錦鴻，2003)。

由於外科醫生的風險高、急診多、醫療糾紛多，加上開業較困難，以及健保訂定的外科給付偏低，導致醫學院學生選擇外科的意願偏低，由於供需失調，許多醫院都

招不到外科住院醫師。省南醫院長林茂表示(黃文, 1996), 要改善外科醫師難求的情況, 除了要調整健保醫療給付標準, 以及對外科醫師的利多因素變遷外, 社會大眾也應給予外科醫師更大的肯定和鼓勵。

實施全民健保以後, 各大醫院已經出現前所未見外科醫師斷層現象與嚴重人力荒, 不但對外科醫師來說是一場大悲劇, 同時為醫院帶來一場大浩劫, 尤其對未來病人的權益更是一場大災難。十年前外科醫師曾經是所有醫學院學生心目中的第一志願, 但是現在外科醫師已經從獨領風騷的年代滑落, 成為學生心目中最後一個志願; 許多大型醫院每年招收外科醫師更是出現岌岌不保的窘況, 有的大型醫院還是經過數次招生, 才勉強招齊, 多數醫院招收不足, 人數甚至在個位數。根據外科醫學會統計, 近年外科醫師大量失血(黃曼瑩, 1998), 民國八十七年流失率與潛在流失率更高達六成以上。外科醫學會理事長張金堅表示, 醫學會針對全國外科醫師發出三千份問卷, 目前已回收一千多份的統計數字顯示, 原為外科醫師後來轉行的醫師有 11% 的流失率, 而目前為外科醫師但有意轉行的醫師竟然高達 49% 潛在流失率, 兩者合計已經超過 60%。問卷中對外科醫師想改變工作的主要原因統計, 以健保給付不合理造成收入不佳佔 23.36%, 其次是擔心醫療糾紛佔 21.7%。

十年前, 內、外、婦、兒四科是明星科別, 這四科醫師人數佔全數醫師的 63.2%, 但目前下降至 55.2%。原本較匱乏的家醫科醫師則由 1.5% 升至 5.7%, 傳統上人才羅致困難的精神科、病理科、放射線科、麻醉科和復建科等五小科醫師人力, 也從 6.3% 上升至 9.6%(張文, 1999)。過去十年來, 醫師人力正由傳統四大科轉至家醫科及五小科, 醫師人力正在進行重分配, 符合整體社會的需求。不過, 研究也發現一項隱憂, 外科新進醫師愈來愈少, 三十歲以下外科醫師比率已經明顯下降; 若此趨勢維持不變, 估計西元 2010 至 2020 年間, 國內將面臨外科醫師人力老化的問題。近年因健保對外科醫療服務項目給付偏低, 加上外科工作量大, 醫療糾紛又多, 許多醫院都招不到新進的外科醫師, 「外科醫師荒」已經成為新的醫療問題。由於外科開刀耗費體力並極需要專注力, 十幾、二十年後的「LKK」外科醫師是否會影響醫療品質, 值得重視。

我們觀察基金經理人的行為, 當基金的表現低於預期表現, 這時候為了挽回顏面, 基金經理人會投資更具風險的商品, 以期在短時間內能扳回一成。同樣的情況, Rizzo(2002)認為當醫師在面臨更大的經費壓力或業績要求時, 醫師會提出更具風險的治療方案, 採用一些可能不為主流醫學所接受的療程, 以減少醫療支付的費用, 如此一來, 就可能發生醫療品質下降的情況(劉玉珍、林錦鴻, 2003)。

總之，醫師的決策行為、思考模式、風險接受程度、治療方法和病患種類的選擇，都會受到收入、業績、成效與支付的影響。從健保制度對醫療行為的影響，我們擔心更多的醫生選擇低風險的科別、採取低風險的治療方法，長此以往，台灣的病患如果須要開刀治療，說不定到時還得搭飛機到國外去就醫了！

醫生地位今不如昔

醫生的地位由百年前是村莊中最受尊重的社會賢達，到今天被逼得走上街頭，台大臨床醫學研究所所長陳培哲感嘆社會地位的滑落，他引用董氏基金會最近做的調查結果說：「現在會尊重醫生的只有小學生。」（莊素玉 2005）

健保實施至今十年，若無法解決公平給付的問題，病人會得到更粗糙的對待。後果又會是如何？原因出在健保擺盪在「市場」與「管制」之間。現在的醫病關係變得更複雜，變成皇帝(病人)與御醫。其結果是醫生變成只要做「小科」，不願意做「大科」。每年有一千一百多位的醫學院畢業生，紛紛搶奪小而風險低的學科就業，如皮膚科、耳鼻喉科、眼科；外科、婦產科、小兒科、內科四大科則缺人做。健保制度出問題，醫院、民眾、醫師三者皆輸。醫院無法經營，醫生薪水低，病人醫療品質不好。醫生不僅被量計酬，有經驗醫師的「內隱價值」被忽視；用心的關照也無法被衡量——健保確實改變了醫療行為，無形中逼使醫生做出草率的醫療決定；更嚴重的後果是十幾、二十年後，如果碰到重大事故及重症，或許國人必須至海外就醫。

第三章 研究架構與方法

第一節 研究架構

第一節將分成兩個部分，第一部分為本研究架構與方法，第二部分則說明本研究的流程。

研究架構與方法

本研究為以質性訪談方式，其中以行醫經驗十年為一基準點，分為行醫經驗十年以上與不到十年的受訪對象，探討健保制度所帶來的衝擊；再者以問卷調查，在既定的研究時間以醫師受訪為對象，並擴大其樣本數，針對樣本數的平均年資取其中位數12年，對照資深與資淺醫師，以探討健保制度實施迄今已滿十年，對醫師醫療行為可能的影響與對醫病關係所帶來的改變與否，分析健保制度的實施對於醫界所造成的影響。

研究流程

研究進度分為幾個階段，第一階段為文獻探討以及訂定研究題目，同時並擬訂研究方法與資料蒐集。第二階段進行第一回合質性訪談，訂定訪談的主題以進行之。第三階段做第一回合問卷調查修訂後以開放性問卷調查發放並且整理其結果。第四階段彙整質與量的調查研究的結果並以不同分析的方法發現其關聯性。

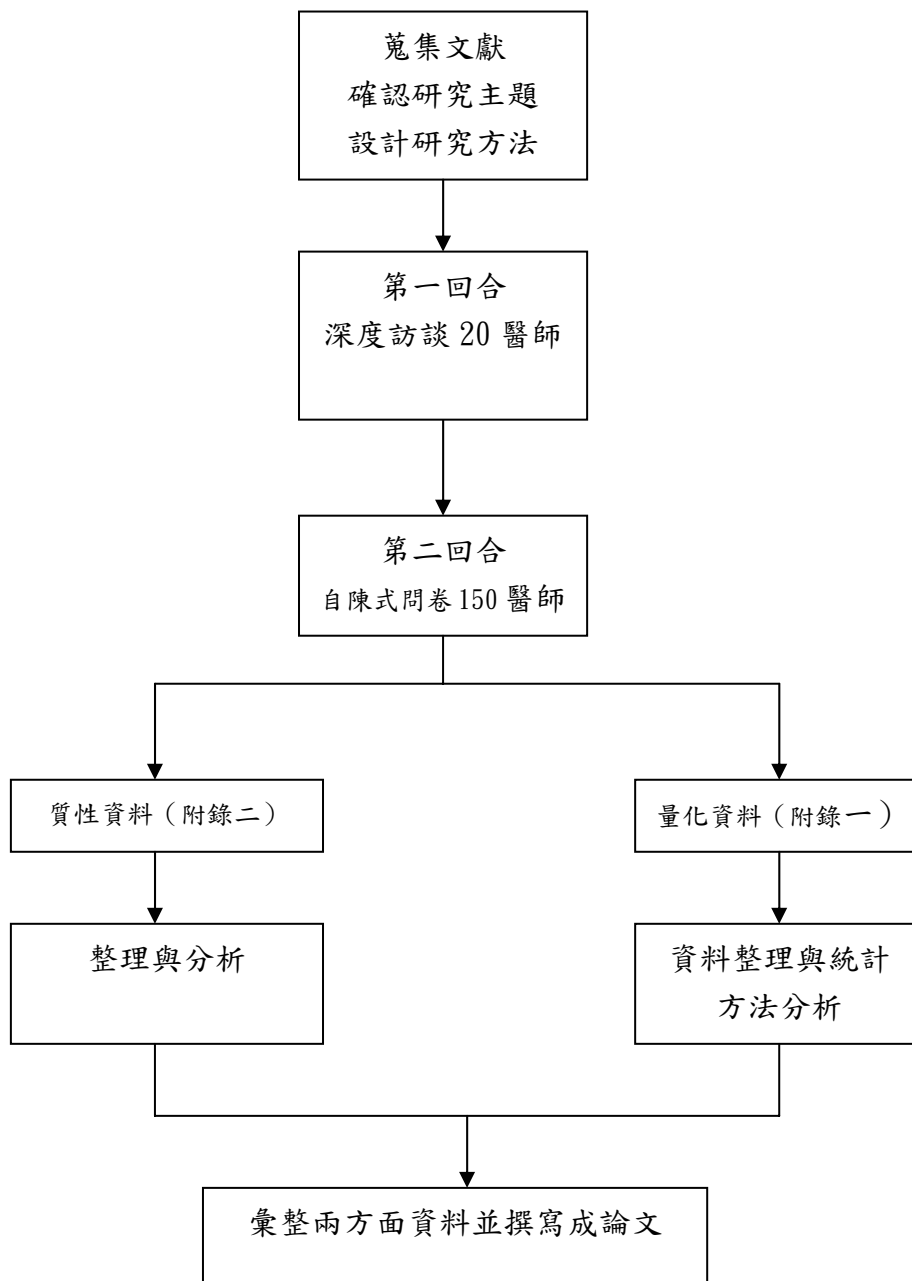


圖 3-1 研究流程

第二節 研究方法

本研究主要分成「深度訪談」與「自陳式問卷」兩部分。

深度訪談

質的方面是以訪談方式，希望在研究過程中幫助解釋或釐清相關變項與關係，受訪者的來源分別以中彰投執業的醫師並以行醫經驗十年以上與不到十年為對象，對於相關議題前半段以結構式問卷針對現行健保制度的看法逐項來衡量各類所代表滿意程度與否；採半開放式的訪談方式後半段針對特定的主題，由訪員將問題主軸控制下，對每一位受訪者訪談並錄音做成訪談記錄。

自陳式問卷

在量的分析上，則擴大至中彰投執業醫師為其調查對象。並設計一份結構式半開放問卷，進行內容分析的彙整。

第三節 研究議題

醫師的工作滿意度、由工作得到的激勵、醫療行為與醫病關係與整體健保制度有著密切的關係。由以上的文獻探討，也看到學者們對健保給付制度影響外科系醫師人力資源未來供給的隱憂。轉科、轉業如同「用腳投票」，反映了對工作極不滿意的「出走行為」，或是工作激勵的極度匱乏。

本研究擬探討之具體議題如下：

1. 根據本研究「自陳式問卷」蒐集的資料建立「轉科意向」矩陣，探討不同科別是否存在轉科意向差異？並討論健保制度對醫師轉科意向的影響。
2. 將本研究「深入訪談」的結果，套入激勵原理的理論架構，並檢討健保給付制度對醫病關係、醫療行為，以及轉科意向的影響。

第四章 資料分析與結果

本研究自民國九十四年四月針對第一回合由研究者進行「深度訪談」，詳細記錄訪談結果，選定訪談對象共二十名。以行醫經驗十年為分割點。受訪資料中，男女比率為 18:2，因男女比率懸殊，故性別不列入研究變項。在執業類型中開業醫有 3 名，地區醫院有 3 名，區域醫院有 12 名，醫學中心有 2 名。受訪醫師年齡分布為 27-77 歲，平均年齡為 45.8 歲，平均執業年資為 18.55 年。匿名之訪談記錄如附錄二所示。

第二回合採「自陳式問卷」，將問卷發放給 150 位醫師，回收 129 份，回收率 86%。問卷簡單，提升醫生的填答意願，第一部份為 9 道題的五個刻度 Likert 量表，第二部分為個人資料包括性別、年齡、行醫年資、執業類型、重新選擇等五個項目。樣本平均年齡為 41.51 歲，最年長為 77 歲，最年輕為 26 歲。平均年資 13.4 年，最資深 50 年，最資淺為 1 年，問卷如附錄一所示。以下先進行自陳式問卷量化資料分析。

第一節 自陳式問卷

自陳式紙筆問卷的最後一道題：

目前執業科別_____科；如果能夠重新選擇，我希望成為_____科的醫師。

執業科別編號如下：(表 4-1)

表 4-1 執業科別表

代號	科別
1	外科
2	內科
3	婦產科
4	兒科
5	家醫
6	皮膚
7	泌尿科
8	眼科
9	ENT
10	ER
11	骨科
12	精神
13	復健
14	病理
15	放射
16	整外
17	其它：中、牙、急診
18	不當醫生

- 編號 1 外科、3 婦產科、7 泌尿外、11 骨科、16 整型外科為「外科系」
- 編號 2 內科、編號 4 兒科、編號 5 家醫為「內科系」
- 編號 6 皮膚科、8 眼科、9 耳鼻喉科為易開業的「眼耳皮科系」
- 編號 12 精神科、13 復健科、14 病理科、15 放射科為冷門的「精復放病科系」
- 編號 10 急診、17 牙科、中醫為獨立的「牙中科系」
- 編號 18 「不當醫生」自行為一組

其中的眼科、耳鼻喉科雖為外科系，皮膚科為內科系，然考量開業的可行性，故將這三科抽離原科系並解釋為較易開業科系；而精神科、復健科、放射科、病理科為附屬醫院設置雖不可或缺但較不受一般醫學生之青睞，定義為冷門科系；牙科、中醫與急診在評鑑中為獨立之科系，在此歸為獨立科系。

對健保制度的看法

本研究擬定 9 道 Likert 量表題項，衡量填答者(受訪醫生)對健保制度的看法，結果如表 4-2 所示。

表 4-2 受訪醫生對健保制度的看法

	整體平均 N=129	資淺平均 N=67	資深平均 N=62	t 值	p 值
1. 健保制度應由醫療專家自行管理	4.19	4.15	4.23	-.50	
2. 現行健保制度若不改變，終將破產	4.53	4.54	4.52	.16	
3. 現行健保制度降低年輕學子選讀醫學院之意願	4.00	3.99	4.02	-.18	
4. 現行健保制度保障了民眾的健康福祉	3.27	3.21	3.34	-.61	
5. 理想的健保制度應盡可能滿足人民的需求(社會福利)	3.14	3.16	3.11	.23	
6. 理想的健保制度應如 HMO 採使用者付費(社會保險)	4.19	4.37	4.00	2.78	.006
7. 如果人生能夠重來，我仍然會選擇當醫生	3.36	3.36	3.35	.02	
8. 現行健保制度若不改變，日後很難找到好醫生	4.07	4.22	3.90	1.82	.071
9. 政治人物為了選票，阻撓了健保制度的改革	4.59	4.54	4.65	-1.03	

5 非常同意；4 同意；3 無意見；2 不同意；1 非常不同意

一、從整體平均的反應可以看出：

- 在九道題項中有六道題的反應高於「同意」(≥4)

同意強度最高的兩題為第九與第二題：

9. 政治人物為了選票，阻撓了健保制度的改革(4.59)

2. 現行健保制度若不改變，終將破產(4.53)

- 有三道題項同意程度僅略高於「無意見」

4. 現行健保制度保障了民眾的健康福祉(3.27)

5. 理想的健保制度應盡可能滿足人民的需求(社會福利)(3.14)

7. 如果人生能夠重來，我仍然會選擇當醫生(3.36)

二、我們取其樣本中之中位數為 12 年為界定資深與資淺；從資淺者 vs. 資深者的反應(N=67 vs. N=62)可以看出：

- 資淺者比資深者更為同意第 6 題「理想的健保制度應如 HMO 採使用者付費(社會保險)」，顯然年輕醫生更無法同意現行健保制度的「福利色彩」(4.37 vs. 4.00, $p < .01$)。
- 雖然未達顯著水準，但也在顯著邊緣的是第 8 題「現行健保制度若不改變，日後很難找到好醫生」，年輕醫生更同意這樣的看法(4.22 vs. 3.90, $p < .072$)。

轉科意圖

問卷有一道題目，詢問填答者「如果有機會重新選擇，我希望成為_____科的醫生」。在 129 位填答者中，依行醫年資分為：①67 位資淺者，其資歷 \leq 12 年；②62 位資深者，其資歷 $>$ 12 年。將科別依照以下的法則，簡併為五大科群：

- 外科系：外科、婦產科、泌尿科、骨科、整型外科
- 內科系：內科、兒科、家醫科
- 眼耳皮科系：眼科、耳鼻喉科、皮膚科
- 精復放病科系：精神科、復健科、放射科、病理科
- 牙中急科系：牙科、中醫科、急診

表 4-3 與表 4-4 分別為資淺者與資深者「現屬科系」(左縱)與「擬屬科系」(上橫)次數分配列聯表。

表 4-3 資淺者(≤12年)轉換科別意向

	外科系	內科系	眼耳皮	精復放病	牙中	不當醫生	
外科系	8 53.33%	1 6.67%	2 13.33%	0 0.00%	2 13.33%	2 13.33%	15 100.00%
內科系	2 6.25%	23 71.88%	4 12.50%	1 3.13%	1 3.13%	1 3.13%	32 100.00%
眼耳皮	0 0.00%	0 0.00%	10 100.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	10 100.00%
精復放病	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 100.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 100.00%
牙中	0 0.00%	0 0.00%	1 11.11%	0 0.00%	6 66.67%	2 22.22%	9 100.00%
	10 14.93%	24 35.82%	17 25.37%	2 2.99%	9 13.43%	5 7.46%	67 100.00%

表 4-4 資深者(>12 年)轉換科別意向

	外科系	內科系	眼耳皮	精復放病	牙中	不當醫生	
外科系	6 31.58%	1 5.26%	8 42.11%	1 5.26%	1 5.26%	2 10.53%	19 100.00%
內科系	1 3.13%	14 43.75%	13 40.63%	3 9.38%	1 3.13%	0 0.00%	32 100.00%
眼耳皮	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%
精復放病	0 0.00%	1 16.67%	2 33.33%	3 50.00%	0 0.00%	0 0.00%	6 9.68%
牙中	0 0.00%	2 40.00%	1 20.00%	0 0.00%	1 20.00%	1 20.00%	5 8.06%
	7 11.29%	18 29.03%	24 38.71%	7 11.29%	3 4.84%	3 4.84%	62 100.00%

由於眼耳皮、精復放病、牙中三大科群樣本人數過少，為避免做出偏差結論，不予討論；僅討論人數較多的外科系及內科系。

表 4-5 資淺者 vs. 資深者內外科系擬轉換科別意向

	外科系	內科系	眼耳皮	精復放病	牙中	不當醫生	
外科系	8 53.33%	1 6.67%	2 13.33%	0 0.00%	2 13.33%	2 13.33%	資淺者
內科系	2 6.25%	23 71.88%	4 12.50%	1 3.13%	1 3.13%	1 3.13%	
外科系	6 31.58%	1 5.26%	8 42.11%	1 5.26%	1 5.26%	2 10.53%	資深者
內科系	1 3.13%	14 43.75%	13 40.63%	3 9.38%	1 3.13%	0 0.00%	

如果可以重新選擇，資淺者外科系醫生有 53.33% 繼續選擇外科系，13.33% 選眼耳皮科系、13.33% 選牙醫中醫科系、13.33% 選擇不當醫生；資深者外科系醫生有 31.58% 繼續選擇外科系，42.11% 選眼耳皮科系、10.53% 選擇不當醫生。資淺者內科系醫生有 71.88% 繼續選擇內科系，12.50% 選眼耳皮科系；資深者內科系醫生有 43.75% 繼續選擇內科系，40.63% 選眼耳皮科系、9.38% 選擇精復放病科系。

未進行統計檢定，僅依據目測百分比高低，可以得到以下的結論：

1. 無論資淺或資深，內科系比外科系更願意留在原科系(淺 71.88% vs. 53.33%；深 43.75% vs. 31.58%)。
2. 無論外科系或內科系，資淺比資深更願意留在原科系(外 53.33% vs. 31.58%；內 71.88% vs. 43.75%)。
3. 若將「如果能夠重來，願意轉換科系」比喻為驛動的心，驛動強度依序為：資深外科 68.42%、資深內科 56.25%、資淺外科 46.67%、資淺內科 28.12%，也就是有 68.42%(1-31.58%) 的資深外科醫生，「如果能夠重來，不願意再當外科醫生」，只有 28.12%(1-71.88%) 的資淺內科醫生有此驛動之念(表 4-5)。
4. 眼耳皮科系是驛動者的首選，「如果能夠重來，希望成為眼耳皮科系」的原內外科醫生，比率依序為資深外科 42.11%、資深內科 40.63%、資淺外科 13.33%、資淺內科 12.50%。資深醫生明顯地比資淺者嚮往成為眼耳皮科系，看不出外科醫生明顯地比內科醫生嚮往成為眼耳皮科系(圖表 4-4)。

表 4-6 以統計之「比率差異檢定」結果可以看出，差異來自「資深 vs. 資淺」而

非來自「內科系 vs. 外科系」。表 4-6 z 值之公式為

$$z = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

$$\hat{p} = \frac{x + y}{n_1 + n_2}$$

$$\hat{p}_1 = \frac{x}{n_1}$$

$$\hat{p}_2 = \frac{y}{n_2}$$

Critical value 檢定值為 $z_{.05} < -1.645$

表 4-6 比率差異檢定

	X ₁	n ₁	X ₂	n ₂	Z	顯著水準
資淺者：不選原科系/外 vs. 內	7	15	9	32	1.25	n. s.
資深者：不選原科系/外 vs. 內	13	19	18	32	0.86	n. s.
資淺者：願選眼耳皮科系/外 vs. 內	2	15	4	32	0.08	n. s.
資深者：願選眼耳皮科系/外 vs. 內	8	19	13	32	0.10	n. s.
外科系：不選原科系/淺 vs. 深	7	15	13	19	-1.28	n. s.
內科系：不選原科系/淺 vs. 深	9	32	18	32	-2.28	顯著
外科系：願選眼耳皮科系/淺 vs. 深	2	15	8	19	-1.83	顯著
內科系：願選眼耳皮科系/淺 vs. 深	4	32	13	32	-2.55	顯著

可由上表 4-6 得知：

1. 資淺外科共 15 位中有 7 位表示不選擇原科系(7/15)與資淺內科共 32 位中有 9 位表示不選擇原科系(9/32)之比率比較結果未達顯著水準。
2. 資深外科共 19 位中有 13 位表示不選擇原科系(13/19)與資深內科共 32 位中有 18 位表示不選擇原科系(18/32)之比率比較結果未達顯著水準。
3. 資淺外科共 15 位中有 2 位表示選擇眼、耳、皮膚科系(2/15)與資淺內科共 32 位中有 4 位表示選擇眼、耳、皮膚科系(4/32)之比率比較結果未達顯著水準。
4. 資深外科共 19 位中有 8 位表示選擇眼、耳、皮膚科系(8/19)與資深內科共 32 位中有 13 位表示選擇眼、耳、皮膚系(13/32)之比率比較結果未達顯著水準。
5. 外科系中，資淺 15 位中有 7 位表示不選擇原科系(7/15)與資深外科共 19 位中有 13 位表示不選擇原科系(13/19)之比率比較結果未達顯著水準。
6. 內科系中，資淺 32 位中有 9 位表示不選擇原科系(9/32)與資深內科共 32 位中有 18 位表示不選擇原科系(18/32)之比率比較結果達顯著水準。
7. 外科系中，資淺 15 位中有 2 位表示選擇眼、耳、皮膚科系(2/15)與資深外科共 19 位中有 8 位表示選擇眼、耳、皮膚科系(8/19)之比率比較結果達顯著水準。
8. 內科系中，資淺 32 位中有 4 位表示選擇原科系(4/32)與資深內科共 32 位中有 13 位表示選擇原科系(13/32)之比率比較結果達顯著水準。

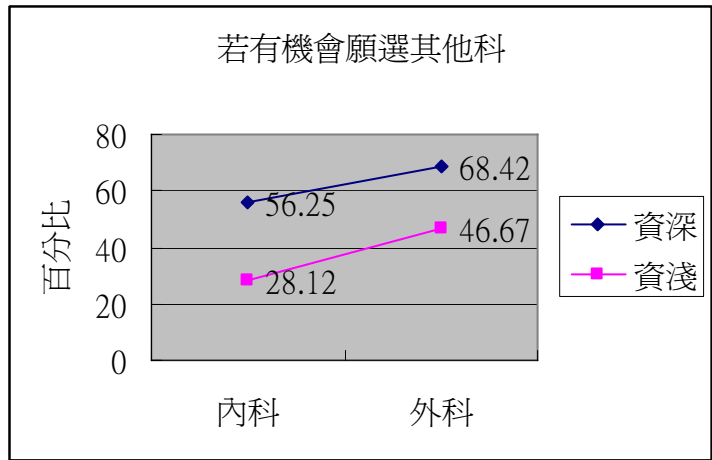


圖 4-1 「內外科 x 資深淺」選其他科交互作用

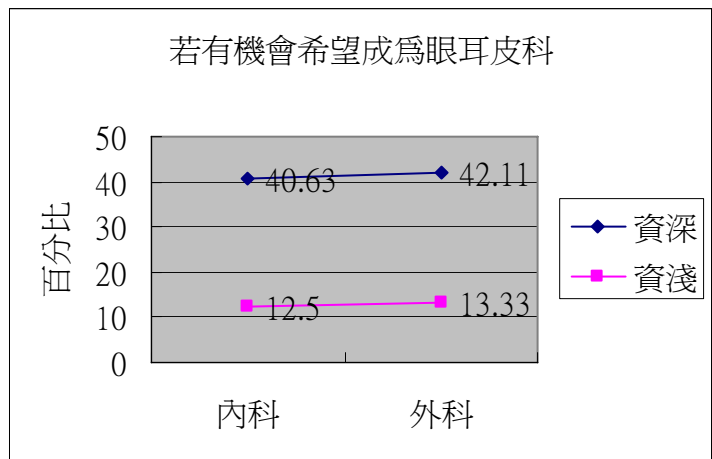


圖 4-2 「內外科 x 資深淺」選眼耳皮交互作用

第二節 深度訪談

訪談是以開放式問題訪問受訪者，篩選(1)健保實施前已執業十年以上的醫師、(2)健保實施後才加入醫療服務醫師為訪談對象。針對健保制度實施之前後，醫師醫療行為可能的改變與對醫病關係的影響，並問他們如果是健保局總經理，他們心目中理想的健保制度，以及對那一個國家健保制度最為推崇，以錄音或是文字記錄方式將其訪談內容記錄(附錄二)。訪談問題如下：

1. 請簡略說明健保制度實施前後，對您的醫療行為之影響。
2. 請簡略說明健保制度實施前後，對醫病關係的影響。
3. 如果您是健保局總經理，請描述您心目中理想的健保制度。
4. 請問您最為推崇那個國家的健保制度，為什麼？

第五章 討論與建議

綜合以上的量性與質性的樣本資料，我們歸納為表 5-1。

表 5-1 質性與量性樣本彙總比較表

樣本 問卷	樣本數 (例)	資淺 <12 年 行醫年資 <10 年	資深 >12 年 行醫年資 >10 年	平均年齡	平均執業 年資	最大/ 最小年齡
自陳式	129	67	62	41.51	13.4	26-77
深度訪談	20	10	10	45.88	18.5	27-77

針對 129 位醫師自陳式量表的填答：

7. 如果人生能夠重來，我仍然會選擇當醫生。平均值為 3.36 未達「同意」的 4。
8. 現行健保制度若不改變，日後很難找到好醫生。平均值為 4.07 略高於「同意」。

也就是許多填答者，若能重來，可能不會選擇當醫師，他們也擔心健保制度若不改變，以後可能很難找到好醫師。

樣本裡行醫 12 年以上的資深外科醫師，僅有 31.58% 願意留在外科，卻有高達 42.11% 想轉到眼耳鼻喉科。即使資淺的外科醫師，也僅有 53.33% 願意繼續留在外科。

以上的結果，使我們警覺到「醫師」這個曾經是大學聯考成績最好的才能考進，外加七年苦讀、嚴格的訓練才能養成的行業，他們的「工作滿足」是否已亮起了紅燈。健保制度在這個過程扮演什麼樣的角色？以下我們將把深度訪談的結果，套在激勵理論的架構加以探討，將使用「公平理論」、「工作特徵模式」、「社會訊息處理歷程」、「成就需求」四大理論。

第一節 公平理論

公平理論指出員工會將自己的「投入-成果比」，將它拿來和相關的他人做比較。倘若比值與他人相同時則表示「公平」，他們會感到自己所處的環境是公平、公正的；如果不公平，員工會衡量自己的獲得是偏低或偏高，並設法修正這種不公平現象(林

財丁、林瑞發譯，2003)。附錄二 A9 之訪談記錄可用公平理論加以解析。

A9：醫師覺得付出與報酬不相等，現在是這樣但是以前不會，醫師看多一點病人多領點錢，相對之下比較甘願。但現在什麼總額給付，變得看得愈多到最後反而領不到百分之百，醫師變得為什麼要這麼辛苦？

$$\frac{\text{成果}}{\text{投入(自己)}} \quad ? \quad \frac{\text{成果}}{\text{投入(他人)}}$$

「投入」包括為了取得醫師資格，而必須付出的代價，如考進醫學院，通過各種實習檢定取得執照，以及行醫之後長時間的工作、夜裡必須值班，犧牲個人及家庭生活，永遠看到顧客(病人)痛苦的表情。「成果」包括有形的如薪資待遇、無形的如高職業聲望、受尊重等。

如果醫師們(尤其外科醫師)覺得投入很多、成果不足，造成左側比值低於右側的，根據公平理論，他可能在採取以下的認知或行動層面的調整：

- 減少自己的投入 例如看病不再那麼用心，減少分給每個病患的時間。
- 增加自己的成果 給病患的時間變少，但病人人數增加；開發非健保給付的醫療保健，以增加收入；在醫療之外增加成就感，如上廣播電視節目等。
- 減少他人的成果 在心理上想像別人沒賺那麼多。
- 增加他人的投入 在心理上想像別人必須投注很多時間精神。
- 更換比較對象 找個可以讓自己比下去的案例，心理舒服些。
- 辭職不幹了 不想幹了，動起轉行的念頭，如本研究發現許多醫生如果可以從來，不再當醫師，或不當外科醫師了。

例如，一位醫師很認真的看診，對於病患的病情不但細心分析且詳細為病患解說其疑問，在問診後認為病患不需作任何檢查也不需要服用任何藥物，只需多加休息，調整作息，自然病情就會好轉，在過程中可能耗費了三十分鐘，最後其收入只有區區的診察費兩百多元；反觀另一位醫師，看一位病患所花的門診時間不到十分鐘，醫師卻已經將所有的檢查與處方都開立好；相形之下前者的醫師因為沒有為病患作其它檢查等項目，在申報醫療費用遠遠低於後者的醫師。我們不禁捫心自問，到底是誰的醫療品質好？又如果您病患，您會選擇那位醫師就醫？面對這樣的抉擇，難以斷定誰的服務好？此則為健保支付設計之瑕疵！一切的醫療行為在支付制度的管控下，造成爭議與垢病之處。

在以前，必須是成績較好的醫學生才有資格獲選進入外科系，外科工作也較辛苦（高投入），但外科醫師有較高的報酬與自尊——成績不好想進外科也進不來（高成果），分母雖然高些，分子也高，左側的比值不會變小；但今天卻看到眼耳皮或整型減肥等小科醫師，賺比較多的錢，尤其是較可能獨立開業不靠健保（高成果），承擔較少的醫療風險（低投入），左側的比值小於右側的。從這些分析，檢視以上的比值，可以發現外科醫師的不公平感。因有不公平感，萌生如果有機會不再選外科的念頭；長此以往，想進外科的醫學生變少了，令人擔心後繼無人，屆時恐怕難以找到好的外科醫生開刀動手術。

第二節工作特徵模式

組織行為裡，沒有一個主題像工作滿足，吸引那麼多的研究者，從各種不同的角度建立理論架構。除了從「需求內容」(如 McClelland 的成就需求)與「認知歷程」(如 Adams 的公平理論)討論激勵與工作滿足，Hackman & Oldham (1967)更以「工作特徵模型」(job characteristics model 簡稱 JCM)，從工作設計的角度詮釋工作特徵對員工工作動機、工作滿足及離職傾向的影響。其理論架構如圖 5-1 所示。

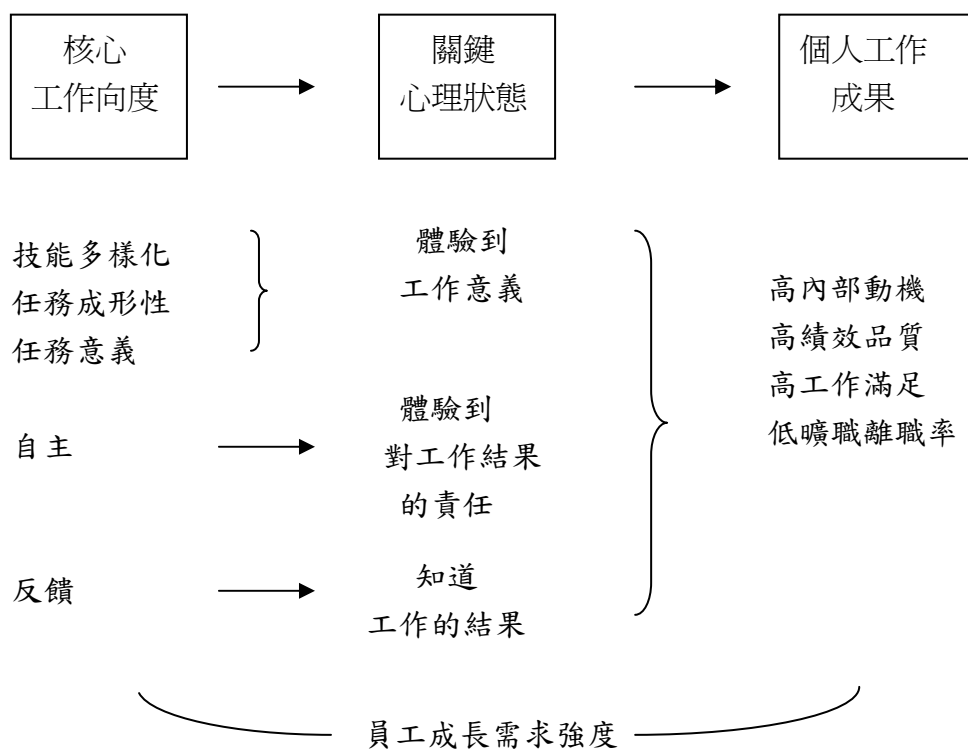


圖 5-1 工作特徵模式

由 JCM 模型得知，技能多樣性、任務完整性、任務意義感、自主性、反饋性五個工作的核心向度或特徵，影響內部動機、績效品質、工作滿足、曠離職率等工作帶給個人或組織的結果，其中間變項為「成長需求強度」，也就是成長需求愈強的人，這五項工作特徵與個人結果(內部動機、工作滿足)、工作結果(績效品質、離職曠職)的關係也愈密切。成長需求屬於 Maslow 層級論的高階需求，我們可以合理的假設，醫師的成長需求比許多職業(如裝配員)來得高，因此這五項工作特徵影響醫師的內部動

機、工作滿足等，比對裝配員的影響來得大。五個核心向度構成工作的「潛在激勵分數」(motivating potential score 簡稱 MPS)。(林財丁、林瑞發譯，2003)

$$MPS = \frac{\text{技能多樣性} + \text{任務完整性} + \text{任務意義感}}{3} + \text{自主性} + \text{反饋性}$$

既然許多醫師們出現「如果能夠重來不再選擇當醫師」或是「不當外科醫師」的念頭，我們或許可以回溯檢討這五個工作特徵。本節將從深度訪談前兩道開放式問題(①請簡略說明健保制度實施前後，對您的醫療行為之影響。②請簡略說明健保制度實施前後，對醫病關係的影響。)所騰錄的資料，抽離符合以上五個核心特徵的描述。

技能多樣性

技能多樣性指的是工作需要用到不同活動的程度，受訪的醫師們甚少提到健保實施前後「技能多樣性」的變化，但在以下「自主性」的騰錄稿，可以約略看到「醫療技能」受到約束的抱怨。技能多樣性也可以減低單調、枯燥、乏味，開業醫不僅要懂醫術，還要督導行銷、財務等經營管理議題；受雇於大醫院的醫師，或許不用處理經營的問題，但遇到的病例較為複雜，也是技能多樣性的例子。

任務完整性

A12 實施以前醫師願意多花時間來 take history、問診、但實施以後以量制價、時間不充裕、力不從心。

任務意義感

B1 醫病關係自健保實施後病人不重視醫師的意見、不尊重醫師人格，再來就是媒體亂報。

B11 唉！我真的覺得現在大概只剩下小學生會尊敬我們！

在二、三十年前醫師這行業是人人嚮往與追求的行業，不但社會地位高、收入也優渥，而且受到求診者的感謝與愛戴，致以「史懷哲」或「華佗再世」之美名；如今醫界榮景不再，非但不再受到社會大眾的尊重，還要受到輿論的批評或攻擊：說醫師亂開藥、亂開刀，一有醫療糾紛就抬棺抗議。此情此景不得讓醫界感嘆社會地位的下滑。

自主性

A2 當初的用意是尊重醫師，醫師認為有需要，讓醫師自己發揮

A3 健保以前比較自由，醫師按自己意念看患者... 健保以後就限制了

A4 健保實施後，醫療行為被限制

A8 健保制度不合理，因醫師務必在最短時間治療病人以期降低成本，且健康保險制度造成醫師在選擇治療時受限，與影響到治療的原則。

A11 自從改成健保，變成總額預算、自主管理之後，醫師的醫療行為受到較多限制而且醫病關係也變差了

A13 我覺得現在醫療行為變得保守，不做不當醫療及不須醫療。

B4 健保以前醫師自由看患者，患者也是自由意念選擇要看的醫師，健保以後就限制了。

B5 健保制度後，現在醫病關係大家怕有糾紛，要多解釋

B6 健保實施後，醫療行為被限制

B7 以前買賣關係是對等的，我可以給你看，也可以不給你看，現在醫師不看健保也難生存！

B13 病人會覺得有要求，且病人還會多家比較，不是說是就是。

醫師作為一種自由業，收入優渥固然久為人人稱羨，最重要的還是這個職業對於工作環境、工作內容與工作條件擁有絕對的自主權，透過自主權，醫師這個職業成為許多人心目中的理想目標。只是全民健保的到來改變了一切。

傳統的醫師與病人之間的模式是醫師透過專業知識與技術為病人治療，病人信任醫師，醫師向病人收取合理的醫療費用；但是實施健保以後，醫師的角色成為「醫療服務提供者」，民眾的角色成為「醫療服務消費者」，醫療費用由第三者支付(謝博生，2000)。這樣的關係也意味著在醫療市場，民眾是為「消費者」，且普遍認知是繳了醫療費用，不但會要求醫師對病情提供更多的訊息也希望能瞭解醫師所提供的治療。醫病關係的改變，民眾以自主與消費者權益為主，有的民眾甚至會要求醫師多做檢查甚且還有逛醫院的現象(張笠雲，2003)，根源之一是認為醫師沒有解決自己的問題和對疾病的不瞭解，形成了濫用或浪費，比較不會珍惜醫療的機會；就醫師的角色，在全民健保實施之後，面對論量計酬的制度，醫師以多看病人、多開立檢查項目與多開藥來考量增加自己績效；然而漸進式推行總額預算制度之後，門診病人的超量形成醫師認為「看得多、賠得多」，不得不提出因應對策像：限診、限量，說不定看到一定的額度，還得請假，等到下一季再看病人。

到最後，以醫師的立場，開始要受到健保的制度去評估受限，使得他們對醫療過程失去完全的自主性，還沒限量以前拼命的看病人，縮短了對每位病人看病所花的時間可能還包括了解病情時間；總量控管以後，擔心看了過多的病患影響了本身的權益，或是將原來開給病患的處方換成成本較低的動作，以健保的支付多寡作為醫療決策的標準，卻也是提供醫師的激勵指標。以病患而言，病人看病可能不放心醫師輕

描淡寫的看病態度，為了同一種症狀看了好幾個醫師，此種情況只是造成醫病關係疏離、惡劣、更緊張。在傳統上，由醫師所主導的父權式醫病關係，醫師具有較大的支配權到現在的醫師，面臨了醫療費用支付制度與消費者意識的提升，醫師喪失的或許是更多的專業自主權。

反餽性

A1 健保實施以後比較忙，因為病人多！

A3 健保以前比較自由，醫師按自己意念看患者，患者比較聽醫師的話

A9 現在什麼總額給付，變得看得愈多到最後反而領不到百分之百

B2 健保制度實施以後醫療行為與醫病關係更好

B3 健保後醫病關係日漸冷漠，因為怕被核減。

B6 醫病關係變得很不好

B9 健保制度不合理，造成醫病關係不佳

B13 嗯，我覺得現在醫病關係跟以前比差很多，

實施總額給付制度，各醫院為了因應點值不斷下降下，出現了「少做多賺」的現象，擔心做得愈多賠得愈多；有的醫院將未來發展重點轉向開發自費門診、住院的項目，例如整型外科及皮膚的美容項目、家醫科推行減重自費門診、研發住院患者治療時的自費針藥費用，以開源方式來彌補收入的損失；或是有的醫院以人力不足或醫師請假出國或關床等等理由，硬把病患推出去，在今年發生的「邱小妹妹」就是一個活生生的案例，讓病人到醫院之前成了誰都不要的人球事件。值得注意的是，醫院一方面要開源，一方面要檢討如何節流，各大醫院都是遇缺不補、不斷縮減醫師績效的獎金。醫界面對健保的轉型，先是各醫院爭相搶病人，後來又紛紛將病人往外推，就這樣病人的就醫權益被耍來甩去。

回顧這兩年，從九十三年地區醫院發動的上千人走上街頭到九十四年「420」醫師萬人上街頭抗議，他們的訴求反應是「醫院給病人的一元服務，健保只給七折八扣」，說穿了就是做了一元的服務，才領到八毛甚至有的只剩下六毛。醫界盛傳在現今健保制度下，沒有參加卓越計劃的醫院會早點死，還會死因不明；而參加卓越計劃的醫院會晚點死，但知道死得清清楚楚的戲言。他們對健保資源分配不公，大醫院領得比小醫院多、各級醫院都面臨了點值大幅下降的窘況透過遊行來表達不滿。「420」遊行訴求的是「救健保、廢總額、護民眾」，對於健保給付打折而影響醫療品質，這種偷斤減兩的給付審查制度，不但帶給醫師所謂的反激勵，到最後受傷最大的仍是民眾。

醫院在評估「沒賺頭」的情況下，以「上有政策、下有對策」靈活運用了不少的手法，如：限制掛號人次、限制藥費、封刀，關診，或是與他院合作，讓醫師去外院開診，必要時再來請醫師請假出國與採醫師輪流看診。這樣的醫療生態已嚴重被扭曲，扭曲的是對醫師的「激勵」作用，犧牲的是病患就醫的權益，變調的是醫病關係的和諧。

第三節 社會訊息處理歷程

社會訊息處理歷程(social information processing 簡稱SIP)認為員工的態度與行為是對其他人的「社會訊號」之反應，其他人指的是他所接觸到的同事、主管、朋友、家人或顧客 (Salancik & Pfeffer, 1978)。

研究顯示，員工的動機或滿足感是可「操弄」的，藉由同事對工作屬性如工作難度、挑戰性、自主性等加以評論，即可影響員工對工作的看法。如果對醫師所接觸到的「社會訊息」加以解析，醫師接收了許多負面訊息，進而影響自我認知，例如新聞報導健保虧損，人球事件對醫師的窮追猛打，即使原來對醫師這個行業抱持正面肯定態度者，也會因為這麼多的負面訊息而改變。

「好事不出門壞事傳千里」是新聞媒體的本質，病患是醫師接收社會訊息的另一個重要來源，在以前的社會醫師較能從病患那兒獲得尊重，也就是接收到正面回饋訊息。健保實施讓病人看病更方便，但醫師經常「無辜地」夾在病人與健保之間，例如，健保停止某些藥品的給付，醫師成為病人第一個抱怨對象，如果一個上午要看百來個病人，又要接受病人負面責難，如此的「社會訊息」對醫師是「反激勵」作用，開始質疑當初我是不是入錯行了。而我們看看加拿大，如果媒體多灌輸民眾給予機會教育，也報導國外民眾就醫的一些限制，讓我們的醫師能夠更有尊嚴與更自主的看病；甚至也讓我們的官員瞭解先進國外的醫療保險制度，是以協助的立場來使醫療服務提供者與民眾雙贏，扮演著幕後的推手，而非球員兼裁判，失去公平公正的立場，甚且淪為政治交換的籌碼。

討論公平理論時，解析了外科醫師心理的「不公平感」。在資訊如此開放的社會，很容易得知哪一科醫師「錢多事少」的訊息，這些社會訊息自然對「錢沒有比較多，事情多很多」的科別造成反激勵。同樣一個病，健保局會給醫院一個定額，面對齊頭式的平等給付制度，醫師的付出程度不同卻是一樣的結果，導致高風險的外科、兒科、婦產科、內科等四大科人力已嚴重受到影響。今日的醫療醫師人力，不患寡而患不均，加上健保支付設計結構失當，更形惡化與失控。我們所擔憂的是，再過十年，台灣的

人民是否真的要搭飛機去國外接受外科手術？或許當局要調整給付制度來挽回漸漸流失掉的菁英外科醫師。

第四節 成就需求

某些人迫切地想要成功，他們追求個人成就感甚於成功所帶來的外在報酬。他們想把事情做得比以前更好、更有效率，這樣的心理慾求稱之為「成就需求」。我們可以合理的假設，相對其他許多行業，醫師們的成就需求者未必是最高，但也不低，至少也有中上程度。只要看看醫師的養成過程，通過激烈的競爭才考得進一學院，要苦讀七年外加實習，通過多總資格考取得執照，這都可以佐證醫師的高成就需求。

McClelland 對成就需求深入研究後發現高成就需求者具有以下特徵：

- 比一般人更想把事情做好
- 喜歡獨自承擔責任和解決問題(自主、完整)
- 希望立即得到績效回饋(回饋)
- 為自己訂立中等難度的目標
- 喜歡解決較有挑戰性的問題

在前段解析「工作特徵模式」時，我們引述訪談記錄，發現「自主性」與「反餽性」之不滿足佔最高比率，這兩個項目卻是高成就需求者的重要激勵原理。醫師對健保制度的許多抱怨，也源自「自主性」受限，如果要開什麼藥、進行什麼療程都得依從健保的規定，而基於財務考量，健保對醫師的醫療與用藥自由日益緊縮，這對高成就需求者，不啻是負面的「反激勵」。再者，高成就需求者希望得到立即的績效回饋，從訪談記錄我們也看到反餽性的不滿足。

在研究後續中，我們可以再追蹤第二個十年或第三個十年，持續監測外科醫師人力是否重分配與醫療生態對醫師人力的衝擊。由於在民國八十七年台大外科張金堅主任(1998)問卷調查研究指出原為外科醫師後來轉行之醫師約有 11.2%流失率；考慮離開外科工作的醫師潛在流失率有 49%，合計下來就有 60.2%外科人力想驛動；這麼高的比率竟與本此研究中的資深與資淺醫師的出走比率(驛動的心 68.42%加上 46.67%；不當外科醫師 10.53%加上 13.33%)是不謀而合，甚且有升高之趨向。在此也語重心長的呼籲主管機關，雖然健保為國家政策，但是根基是建立在健全的醫療服務提供者能在被尊重的環境下提供醫療服務給大眾，而非是政治人物為了選票，阻撓了健保制度的改革；且應比照先進國家儘速成立公正第三法人團體來取代一角兩色的尷尬立場，提供給大眾與醫療服務提供者優質的就醫設備與制度。

參考文獻

中文部分

1. 中央健保局網站：<http://www.nhi.gov.tw>。
2. 全民健保醫療費用協定委員會(2001)。總額支付制度 Q&A，衛生署健保局網頁 <http://www.doh.gov.tw/new/org2/bl4/900606-1.htm>
3. 宋瑞樓 (2000)。台灣之醫療品質及其影響因素之研議。 *台灣醫界*，43(1)，頁 11-13。
4. 李玉春 (2000)。全民健康保險支付制度：如何兼顧品質與費用控制。 *千禧年健保政策及相關醫療保健政策研討會大會手冊*。頁 95-112。
5. 林財丁、林瑞發 (2003)編譯。 *組織行為——第七版*。滄海書局。Salancik & Pfeffer (1978)、Adams (1965)、Hackman & Oldham (1967) 等人的激勵理論及 McClelland 的成就動機理論均間接引述自本翻譯書。
6. 林芸芸 (2000)。德國的長期照護保險——醫療、照護、保險的結合。 *醫院*，33(3)，頁 14-24。
7. 吳凱勳 (1997)。德法二國疾病保險制度改革趨向。 *全民健康保險*，(8)，頁 2-5。
8. 周麗芳、陳曾基 (2000)。德國健康保險門診醫療費用支付與審查制度。 *台灣醫界*，43(2)，頁 49-54。
9. 洪慧茹 (1998)。加拿大健康保險制度及其對我國的啟示。 *醫院*，31(3)，頁 1-11。
10. 馬培卿 (1998)。德國健康保險制度及其對我國的啟示。 *醫院*，31(3)，頁 21-28。
11. 黃曼瑩 (1998)。外科醫師失血率幾近六成。 *中時晚報*。
12. 黃文 (1996)。外科缺醫師病患動刀恐將久候醫療糾紛高加上健保給付偏低醫學院學生選讀意願低醫界憂心忡忡。 *中國時報*。
13. 張金堅 (1998)。全民健保後外科醫師人力之調查與分析。 *醫學教育*，2，頁 273-281。
14. 莊素玉 (2005)。醫院也瘋狂。 *天下雜誌*，319，頁 95-99。
15. 楊志良 (1998)。 *健康保險*。台北：巨流圖書。
16. 張笠雲 (2003)。 *醫療與社會——醫療社會學的探索*。台北：巨流圖書。
17. 張文 (1999)。醫療糾紛風險大健保給付小兒科年輕人才不願投入十年後外科醫師老生當家。 *中國時報*。
18. 劉玉珍、林錦鴻 (2003)。心理學、財務學與醫療行為。 *貨幣觀測與信用評等*，(44)，頁 31-35。

19. 錢橙山 (2001)。全民健保對台灣醫療生態的衝擊。台灣醫界，44(4)，頁 47。
20. 蔡瓊玉 (2000)。中醫門診總額支付制度試辦。健保通訊。頁 54。
21. 謝博生 (2000)。醫療與社會。台北：國立台灣大學醫學院。
22. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/>

附錄一：自陳式問卷

各位醫界先進：

94.05

謝謝您撥冗為我們做這份「對現行健保制度的看法」問卷，希望您能就您本身的經驗，詳實填完這份問卷。問卷結果僅供學術研究之用，絕不透露個人填答內容。

敬祝 平安 健康

黃愛緣 敬上

問卷編號

以下的陳述，請在你同意的方格裡打勾

	非 常 同 意	同 意	無 意 見	不 同 意	非 常 不 同 意
1. 健保制度應由醫療專家自行管理.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 現行健保制度若不改變，終將破產.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 現行健保制度降低年輕學子選讀醫學院之意願.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 現行健保制度保障了民眾的健康福祉.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 理想的健保制度應盡可能滿足人民的需求(社會福利)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 理想的健保制度應如 HMO 採使用者付費(社會保險)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 如果人生能夠重來，我仍然會選擇當醫生.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 現行健保制度若不改變，日後很難找到好醫生.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 政治人物為了選票，阻撓了健保制度的改革.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

個人基本資料

性別(男、女) 年齡歲 行醫年資年
執業類型(開業醫、地區醫院、區域醫院、醫學中心)
目前執業科別.....科；如果能夠重新選擇，我希望成為.....科的醫師。

編碼說明：

樣本為 129 位醫師，在題目 1-9 題中，非常同意 5、同意 4、無意見 3、不同意 2、非常不同意 1。

性別：男性 1、女性 2。

執業類型中：開業醫師 1、地區醫院 2，區域醫院 3，醫學中心 4。

附錄二：深度訪談紀錄

問題

- A. 請簡略說明健保制度實施前後，對您的醫療行為之影響。
- B. 請簡略說明健保制度實施前後，對醫病關係的影響。
- C. 如果您是健保局總經理，請描述您心目中理想的健保制度。
- D. 請問您最為推崇那個國家的健保制度，為什麼？

訪談記錄

A. 對醫療行為的影響：

1. 健保實施以後比較忙，因為病人多！
2. 健保制度實施當初的用意是尊重醫師，醫師認為有需要，讓醫師自己發揮，不像早期公勞保一張單子 230 元，好像什麼都可以做卻規定很嚴格，很多檢查卻不能做，所以健保實施後是比較好的——如果財務健全的話。
3. 健保以前比較自由，醫師按自己意念看患者，患者比較聽醫師的話，健保以後就限制了，不管醫療形式、內容與費用都與以前不一樣，比以前差多了。
4. 應該說健保實施後，醫療行為被限制，醫病關係變得很不好。
5. 以前是自己付費，不是壟斷，因為壟斷是單一市場，所以說健保局變成壟斷整個醫療市場，它能夠很強勢是因主要是壟斷的資源是國有的，每個人都希望都拿一點，這樣結果一定資源會不夠的。
6. 醫療行為有改變：現實的制度有關給付影響醫師的診斷、檢查與開藥的考量。
7. 醫療行為並無多大變化，該做的還是要做。
8. 健保制度不合理，因醫師務必在最短時間治療病人以期降低成本，且健康保險制度造成醫師在選擇治療時受限，與影響到治療的原則。
9. 我覺得個人沒什麼影響，但是就我所看得到影響很多，醫師覺得付出與報酬不相等，現在是這樣但是以前不會，醫師看多一點病人多領點錢，相對之下比較甘願。但現在什麼總額給付，變得看得愈多到最後反而領不到百分之百，醫師變得為什麼要這麼辛苦？
10. 我想民眾的水準還未達到，一般人認為，加入健保就是看病不用錢，事實上健保制度至少算是一個保險，應該讓需要的人來使用，可是民眾的觀念是：我加入健保就是有病要去大一點的醫院去看，這樣做的檢查、開的藥、會比較多，這樣會造成醫療的浪費。
11. 記得 84 年以前是公勞保，當時醫師的醫療情形比較寬鬆，雖然一樣會扣錢，

但是只要你是合理，都還可以，可是自從改成健保，變成總額預算、自主管理之後，醫師的醫療行為受到較多限制而且醫病關係也變差了，所以才會產生所謂的人球事件，因為看得越多、賠得愈多。

12. 實施以前醫師願意多花時間來 take history、問診、但實施以後以量制價、時間不充裕、力不從心。
13. 嗯，我覺得現在醫療行為變得保守，不做不當醫療及不須醫療。

B. 對醫病關係的影響

1. 醫病關係自健保實施後病人不重視醫師的意見、不尊重醫師人格，再來就是媒體亂報。
2. 健保制度實施以後醫療行為與醫病關係更好！
3. 健保後醫病關係日漸冷漠，因為怕被核減。
4. 醫病關係，健保以前醫師自由看患者，患者也是自由意念選擇要看的醫師，健保以後就限制了。
5. 健保制度後，現在醫病關係大家怕有糾紛，要多解釋，讓治療的人知道為什麼我們要這樣做，避免不必要的糾紛。
6. 應該說健保實施後，醫療行為被限制，醫病關係變得很不好。
7. 看病是花錢的行為，消費如果沒有使用者付費的精神，不然齊頭式平等，絕對不公平，到最後一定會破產。健局當初要實施時，醫師就告訴他們早晚會倒！因為資產共有，一定破產。醫病關係也變差，因為不平衡啊！以前醫師與病人是平衡的，現在是我一定要獲得這個資源，醫師沒有這樣無法生存。以前買賣關係是對等的，我可以給你看，也可以不給你看，現在醫師不看健保也難生存！
8. 但醫病關係沒改變，隨時代演進應會改得更好與健保較不相關。
9. 健保制度不合理，造成醫病關係不佳。
10. 唉！我真得覺得現在大概只剩下小學生會尊敬我們！
11. 主要仍以病人需求為主，但現在呢！健保制度必然要考慮符合制度，同時要求得病人權益和醫院利益的平衡。
12. 現在的確醫病關係愈來愈多問題，但是不知是否因健保制度所帶來？時代進步？或是民眾自我意識比較高？並不確定。以前我們可能不瞭解，醫師說了就算，但是現在透過網路找資料等可以得到相關訊息，或許有或許沒有。
13. 嗯，我覺得現在醫病關係跟以前比差很多，病人會覺得有要求，且病人還會多家比較，不是說是就是。
14. 可是也不要對醫病有過多的期望，可以說關係對立。

C. 心目中理想的健保制度

1. 第一是嚴格實施轉診制度，不可以大醫院大小都看；健保制度給民眾太方便，方便就變隨便，民眾就不重視醫療資源。
2. 健保制度它不是福利，是考慮使用者付費的原則，基本的醫療費用像拿藥、檢驗、開刀的都要用部分負擔的精神在內，不是可以 all you can eat。要落實部分負擔的精神！
3. 低收入者參加健保、高收入者自行參加醫療保險！
4. 要提高保險額，參考醫學先進國家的制度與作法。當然費用要包含社會福利，像老年年金也是包括在內。
5. 健保應該看是否要從福利政策分開，看是要疾病預防醫學或福利政策，我們要劃分清楚。因為我們這一塊沒有很清楚地界限，變得很多人把它當預防的或是沒病拿個藥，反正我已經繳健保費，做個檢查也無妨。所以我覺得要劃分清楚，將來健保局與衛生署的角色要重新定位。因為現行政策與執行面相違背，就是衛生署政策面您 cover 愈多愈好，你要品質；但健保是緊縮的，很多要縮減醫院的點值，要做壓縮，甚至整個大餅裏面，劃分一塊來做，不管行政業務或其它研究等，這一塊相對壓縮到其它部分。所以制度本身是好的，但我們沒有界定清楚，造成現在的混亂。
6. 健保要分開保險與福利，健保局總經理只有規劃健保及監督健保；讓在民間保險參與，不要變質。自己經營自己監督，現在健保監理委員會並沒有多大功能！
7. 我想是比照新加坡！他們有勞工出兩成與老闆出兩成提繳到他們勞工的退休金帳戶，這個有兩種用途，一種是看病一種是置產，然後看他們看病要不要先從裡面拿出來用，有分大小病。
8. 應該要保大病、不保小病；再來是檢查與用藥用者付費的觀念下需部分負擔。嗯還有要取消門前藥局，不要任意大量吃健保；大醫院一起分配大型儀器之購買，不必『軍備競賽』。
9. 先確定是醫療保險或福利制度，前者是使用者付費，後者是國家出錢或是基本需求由國家出錢，人員可再加保。
10. 理想中的健保制度應是社會福利制，由國家來編列預算來支付。
11. 建立公平合理的保險制度，如汽車保險，使用者付費，用得越多當然保費越高，而對於低收入戶，政府應提供適當的補助。
12. 其實我沒想過這方面的問題，因為給付已經不對了，現在叫我改，真得不知該怎麼改？
13. 現在比較詬病是雖然成立轉診制度，但落實不好；以我們家醫科而言，雖然

是要從比較小的醫院要轉到大醫院去，但是給大醫院的額度又不夠，其實沒辦法落實，搞不好從小醫院轉到大醫院，他們也不要收。所以要落實轉診制度。

14. 應該要保大不保小吧。
15. 理想的情況下人民，錢繳得越少，得到的照護越多，但是可行嗎？
16. 再問一下署長？或是行政院院長？或是阿扁總統？
17. 理想的制度應在確保病人權益下又兼顧醫療資源的不浪費，塑造優質醫療品質才能促進良性醫病關係啊！
18. 牙科很早就總額，所以我們沒有經歷非總額的牙科。他們自己設定，現行是設定一指標讓大家來遵守，可是不見得每個醫師都適用，會有一個現象是變成奉公守法的人是違反指標的人，反而被處罰，違反指標的，搞個小動作或浮報，所以相對而言會困擾，會變成要遷就醫療行為。那至於要怎樣規範，就是還沒有想到所以現在有指標在規範啊！
19. 廣納意見，不需再關起門來只聽所謂專家學者之意見，因為專家學者與升斗小民之觀點落差太大！
20. 「健保應保障基本的健康需求：應再配合私人的保險，健全財務面。

D. 最為推崇那個國家的健保制度

1. 加拿大，因為他們有轉診制度，且大病才會國家付。
2. 這個我就知道了。
3. 香港，因為公平啊。
4. 北歐，因為它全額負擔，沒有限制，但稅金太高。
5. 我們可以選擇可能的範圍提供醫療範圍像住院、車禍、殘廢、開刀一定是要國家負擔。
6. 我們現在看世界各國健保制度，我們的總額就是公醫制度，最早是歐美各國像英國、加拿大但公醫制度形同破產，我們好像在走他們的後路。雖然有經過一些修改，讓保險制度不是完全公醫制度。像美國他們，有國家保險制度與民間各種保險機構、像日本有國家保險制度，有預算，合理的讓民間很多醫療團體可以自費，但都有優缺點，並沒有一個國家健保制度讓我們看起來是很好的啦！
7. 站在被保險人的身上，我們想找一個可以 cover 全部，但保費低的；總歸來說，全世界有無好的保險制度？我們需綜合地來看，真的世界上有無好的健保制度，我想是沒有的。
8. 沒有一個國家的健保制度最好，因為國家健保之注入愈少愈好，健保應只是管理與監督而非經營單位。

9. 嗯就是像我剛才講的，新加坡，然後我從網站看到連美國健保也要學新加坡，但是詳細網址我不清楚，是我小孩子看的。
10. 我想是日本吧！因為民情相似、病情相同。
11. 不確知。
12. 應該是瑞典，我曾待在那裏一年，他們只保住院，門診自付，上限是 300 台幣，簡單清楚，轉診制度規劃完善，醫學中心只收轉診病人。
13. 德國的健保制度，因德國是最早實施健保制度，但也無嚴格要求全民納入健保。
14. 英國吧，因為英國年輕時繳的稅金多，需繳所得的百分之十三點五耶！到老的時候就可以享用，保障老的時候，國家一定會照顧且英國全部付費用。
15. 沒有。
16. 嗯，沒有！
17. 嗯，印象中沒那麼清楚！但是如果要講的話應該是北歐的國家。
18. 喔，考倒我了，因為對國外健保制度未作深入瞭解，真抱歉。
19. 不清楚。
20. 這一個我很困擾，我不太瞭解現在台灣的健保制度。
21. 無。
22. 沒有，因為沒有一個制度是面面俱到！