

教育部新興議題及專業教育改革中程綱要計畫

99 學年度醫學專業教育改進計畫

計畫名稱：「醫療經濟學之初探與批判性思考」之教材發展

計畫期末成果報告書

補助單位：教育部顧問室

指導單位：醫學專業教育改進計畫辦公室

執行單位：國立陽明大學醫學系

計畫主持人：范佩貞

計畫期程：民國 99 年 8 月 1 日至 100 年 7 月 31 日

日期：民國 100 年 08 月 25 日

目 次

(請編頁目)

一、	計畫基本資料摘要表.....	3
二、	計畫目的.....	5
三、	計畫主要內容.....	23
四、	計畫人力.....	27
五、	計畫開設課程.....	30
六、	教材發展與執行情形.....	38
七、	經費使用情形(含自籌款).....	39
八、	整體績效自評、建議及未來規劃.....	44
九、	附錄.....	46

一、計畫基本資料摘要表

計畫基本資料				
計畫名稱	「醫療經濟學之初探與批判性思考」之教材發展			
計畫類型	<input checked="" type="checkbox"/> A 類個別型計畫 <input type="checkbox"/> B 類整合型計畫 (<input type="checkbox"/> 單一學校計畫、 <input type="checkbox"/> 跨校性計畫) <input type="checkbox"/> C 類全院型計畫 <input type="checkbox"/> D 類教科書補助出版計畫			
計畫期程	自 99 年 8 月 1 日至 100 年 7 月 31 日止			
申請單位	國立陽明大學醫學系			
計畫主持人	姓名	范佩貞	職稱	<input type="checkbox"/> 教授 <input checked="" type="checkbox"/> 副教授 <input type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 講師
	聯絡地址	100 台北市郵政第 22072 號信箱		
	聯絡電話	02-2828-7103	傳真號碼	2828-7103
	Email	fan_angela@hotmail.com	手機號碼	
計畫聯絡人	姓名	范佩貞	職稱	副教授
	聯絡地址	100 台北市郵政第 22072 號信箱		
	聯絡電話	02-2828-7103	傳真號碼	2828-7103
	Email	fan_angela@hotmail.com	手機號碼	
計畫內容摘要及特色說明				
<p>本課程與教材發展計畫旨在帶領醫學生初探「醫療經濟學」並培養其批判性思維。經濟學是一門行為科學，亦即，以科學的方式探究人的行為。即便經濟學的研究方式是科學的，但經濟學最終關懷的對象是「人」，是一門對人文現象多所關注與研究的學門。傳統上，醫學系大部分課程係著重於生物機制、人體結構或藥理反應，甚少從「產業」或「市場」的觀點看待醫師這個職業，本計畫欲引領醫學生涉獵醫療經濟學，探究醫療體制與財務結構的相關議題，並透過跨領域的智識交流與激盪、培養醫學生的批判性思維。醫學教育的目標是成就一批素質優良的醫師，而優良的醫師不僅仰賴醫術，尚取決於醫師本身的人文關懷意識與理性求真的思考方式。</p> <p>課程主題分為台灣醫療保健概況、健康需求與醫療需求理論、健康衡量的實</p>				

證研究、醫療需求的實證研究、醫師服務市場的理論、醫師服務市場的實證研究、醫療傷害責任制度與醫療糾紛、醫院服務市場的理論、醫院服務市場的實證研究、支付制度的經濟誘因探討、醫療保險的理論與實證研究、醫療保健服務的財務籌集、台灣的全民健康保險制度、全民健保制度的問題與改革方向、經濟發展與公共衛生政策（以 APEC 為例）、全球金融風暴造成心理健康問題、心理衛生於當代的角色及重要性。由醫療需求面切入，接著談論醫師服務市場和醫院服務市場，而後介紹醫療保健服務的支付制度和醫療保險，最後引進公共心理衛生，以此一日形重要的公共衛生議題做結。

計畫成員之相關主題計畫案

（若計畫成員有相關主題計畫案同時申請或獲得教育部或國科會其他補助，請說明計畫異同或合作分工之處，及其補助情形。）

二、計畫目的

(一) 背景

醫療經濟學的內涵與緣起

醫療經濟學 (health economics) 的主要內容為探討與醫療保健 (health care) 有關的各種基本經濟問題。醫療經濟學之於經濟學只是一個很小的分支，但在學術上的重要性則隨著各國醫療保健支出的逐年增加而漸顯重要。醫療經濟學屬於個體經濟學的應用，因為，不管我們主觀上認為醫療保健服務有多麼重要，在現代社會中，它畢竟不是可以任人予取予求的自由財 (free good)，醫療保健服務與其他經濟財 (economic good) 一樣，皆須面臨資源稀少與選擇的問題，亦即，社會必須決定「生產多少」醫療保健服務、「如何生產」醫療保健服務以及「為誰生產」，但是，醫療服務保健市場亦存在許多特殊的性質，使其成為經濟學當中一個獨特的研究領域。

醫療經濟學起源於 1960 年代，主要的理論奠基者為兩位諾貝爾經濟學獎得主：Kenneth J. Arrow 與 Gary Becker。Arrow 於 1963 年發表「Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care」一文於美國經濟評論 (American Economic Review)，首先指出不確定性是醫療保健服務市場的主要特質；Becker 則於 1960 年代初期先後提出人力資本 (human capital) 與家庭生產函數 (household production function) 的概念，成為日後許多學者研究醫療需求或健康需求的理論基礎。爾後，後工業化社會 (postindustrial society) 與工業化國家興起，人口結構老化和經濟成長皆帶來醫療保健支出上漲的壓力，當經濟體系中有越來越多的資源投注至醫療保健部門，資源的使用是否有「效率」？是否符合「公平」原則？自然成為經濟學者高度關切的問題，醫療經濟學也越來越受到重視。

醫療保健服務的特性

醫療保健服務與其他物品或服務有何不同？Phelps(1997)與 Folland(1997)所著的兩本教科書不約而同的強調，以下說明的醫療保健服務市場特性並非醫療保健服務市場所獨有，醫療保健服務市場的特殊之處在於「同時擁有」這些性質，這種情況在經濟體系中並不多見。以下即分別描述這些特性：

1. 不確定性 (Uncertainty)

Arrow 於 1963 年指出：

“The special economic problems of medical care can be explained as adaptations to the existence of uncertainty in the incidence of disease and in the efficacy of treatment.”

醫療保健服務的不確定性源自兩方面：其一為疾病發生的不確定性 (需求面)，亦即，消費者無法確實掌握健康狀況的變化；其二為治療效果的不確定性 (供給面)，亦即，消費者和醫療提供者無法確實掌握各種治療方式的效果。在無法確知醫療服務的需求與品質的情況下，醫療保健服務市場中的消費者所面臨的

不確定性較其他市場明顯許多。疾病發生的不確定性可以透過保險解決，然而，並不存在一個保險市場，可用來消除治療效果的不確定性。

2. 保險的介入 (Insurance)

因為疾病發生的不確定性問題，消費者就願意透過保險的購買降低患病帶來的財務風險，保險的介入造成病患不直接付費給醫療提供者、而由提供保險者支付醫療費用，形成第三方付費的現象。這種第三方付費的現象顯然會削弱「價格」在醫療保健服務市場中的影響機制，進而改變供需雙方的行為。

主要的改變即為「道德危害 (moral hazard)」現象的產生。在一般的保險理論中，道德危害有兩種意涵：其一，被保人會降低事前 (ex ante) 預防的程度；其二，被保人會提高事後 (ex post) 索賠的額度。而與其他保險相比較，醫療保險的特殊之處在於，醫療成本不全然決定於疾病的性質，尚取決於患者選擇的醫師與使用醫療服務的意願，換言之，醫療保險的給付取決於實際發生的醫療費用。綜前所述，醫療保健服務市場的道德危害現象即為醫療服務需求的增加。此外，醫療保險益降低患者在市場上搜尋較低價格醫療服務的誘因。因此，成本控管便成為醫療保健服務市場必須面對的重要課題。

3. 資訊不對稱 (Information Asymmetry)

由於醫療服務的提供奠基於現代醫學專業知識，一般消費者在缺乏專業訓練的情況下，對醫療服務的內容或背景知識可說是近於「無知」的狀態，Pauly (1978) 即特別強調此種消費者無知 (consumer ignorance) 的狀況。即便近年來資訊的普及和網路的進步已使這種狀況改善許多，但由於治療效果不確定的存在，醫療保健服務市場的消費者依然無法擁有完全的資訊。

相對於消費者，醫療服務提供者擁有更多的資訊，此種現象即為「資訊不對稱」。在資訊不對稱的情況下，病患委託醫師為代理人 (agent)，代為選擇治療方式以及做出各種醫療決策。在此一限制下，各國的醫療體制即發展出許多制度或規定，用以確保醫師與病患之間委任代理的信任關係能夠成立，例如，醫師的執照制度和更為嚴格的專業規範。

4. 外部性 (Externality)

經濟學上的外部性分為兩種：負的外部性 (negative externality) 與正的外部性 (positive externality)。前者指的是一個人的消費行為會減少其他人的滿足程度或福利水準，後者指的是一個人的消費行為會增加其他人的滿足程度或福利水準。在醫療保健服務市場上，最常被引用的負外部性例子是傳染疾病的散播，至於個人對他人健康狀態的關心則為醫療保健服務市場的正外部性之一，亦即某個人 (如窮人) 的醫療保健消費會增加另一個人 (如富人) 的滿足程度，Pauly (1988) 將此種關心他人健康狀態的利他心態稱作「社會關懷 (social concern)」，此種社會關懷可以從私人企業對醫院或醫學教育的大量捐款清楚看見。此種社會關懷的極致即為訴諸政府責任，強調所謂「健康權 (right to health)」。

5. 政府干預 (Government Intervention)

通常，政府干預醫療保健服務市場的理由有二：其一為 Arrow（1963）所強調的不存在的市場，亦即，沒有一個保險市場可以讓消費者避免或降低治療效果的不確定性，因此，政府透過執照制度與醫學教育的管制以期降低此種不確定性；其二，即便在存在的市場中，醫療保健服務的許多特質亦將阻礙市場機能的正常發揮，造成「市場失靈（market failure）」的現象。市場失靈的原因主要為，執照制度產生的進入障礙以及供需之間的資訊不對稱。

Hsiao（1995）亦指出醫療保健服務包括私有財（private goods）、公共財（public goods）與殊價財（merit goods）。私有財指的是某人消費後、他人即無法消費的物品，也就是具備排他性與競爭性的物品，例如，部分的治療性醫療服務和藥品；公共財指的則是不具排他性與競爭性的物品，例如，大部分的公共衛生服務；殊價財指的是消費時產生的社會效益大於個人效益的物品，例如，疫苗注射愛滋病防治。而許多公共經濟學的文獻已指出，公共財與殊價財的提供並無法單靠市場機制達成。

在醫療保健服務市場上，政府干預的顯著例子包括價格管制、藥品安全檢驗與進口管制、醫院興建的審核許可制度、政府直接提供保險、政府直接參與醫療保健服務的研究發展工作等。

6. 非營利性廠商（nonprofit firms）扮演的角色

生產過程和產品本身無法區格是醫療保健服務的特殊性之一，亦即，消費者在消費醫療保健服務之前並不能試用，因此，信任關係是醫療保健服務提供過程中的一個重要元素。基於此一特殊性，醫師的專業倫理較其他行業嚴格，例如，醫學專業倫理強調，醫師對病患的治療必須出自病情的客觀需要、而非醫師個人的財務利益。此專業倫理反映在社會偏好由非營利性機構提供醫療服務，有些國家甚至明文規定禁止營利性機構提供醫療服務（Saloon, 2000）。

在一般經濟學理論中，皆假定廠商以追求利潤極大化為目的，但醫療保健服務市場顯然是以非營利性廠商為主，這些非營利性廠商的經營行為應與營利性廠商不同，因此，針對非營利性的醫療提供者，我們勢必尋求其他的理論或分析方法以解釋其行為。

經濟學家眼中的「健康」及醫療保健服務

在中國大陸所出版的一本書「衛生經濟學辭典」中，對健康做了如下的描述(印石，1992)：

「健康不僅是一個醫學概念，也是一個心理學、社會學、經濟學概念；不僅不是不生病，而是指身體上、心理上和社會上的完好狀態。1948年，世界衛生組織成立時，在憲章中明確宣布：健康是一種身體上和社會上的完備狀態，而不是沒有疾病和虛弱現象而已。」

從上述對健康的描述可知，健康是許多學門的共同研究課題。除了前段所提的醫學、心理學、社會學以及經濟學以外，流行病學與公共衛生學等許多重要的學門與研究領域，亦是以人的健康為主要的研究重點。既然許多學門皆對

健康有所研究，那經濟學的研究有什麼不同呢？要回答這個問題就牽涉到學門區別的課題。Fuchs (2000) 指出，不同學門之間最重要的一個差異，就是各學門之間所使用的觀念 (concepts) 不同。從這個角度來看，我們在研究醫療經濟學以前，就必須先瞭解經濟學對健康與醫療保健服務的觀念。

首先，從總體經濟學的觀點來看，勞動與資本是經濟體系中最主要的生產要素。諾貝爾經濟學獎得主 Becker 早在 1960 年代就指出 (Becker, 1964)，勞動生產要素並不是同質的，勞動也像資本生產要素一樣，可以藉著投資來提高勞動的素質，進而提高其生產力。因此，勞動生產要素可是唯一種人力資本。而影響勞動素質的因素，除了「學校教育」與「在職訓練」外，最重要者莫過於勞工的「健康」。勞工身體健康狀況的改善 (例如傷病率的降低與壽命的延長)。不但會增加勞動的供給 (勞動的工作時間增加)，也會提高勞動的生產力。另一方面，勞工的健康狀況改善後，勞工從事人力資本的預期報酬率提高了，勞工也會更有誘因去從事學校教育或在職訓練的投資。因此，「健康」是決定勞動素質的一個重要因素；健康狀況的改善，透過對「人力資本」的影響，將進一步影響到整體經濟的成長。

其次，從個體經濟學的角度來看，Grossman (1972) 利用 Becker 所提出的人力資本觀念，將健康是為能提高消費者滿足的資本存量。換言之，健康可視為一種耐久財 (durable good)，就如同汽車或房子一般。惟健康資本 (存量) 所產生的服務 (流量) 是「健康時間」，有別於汽車所提供的「運輸」服務或房子所提供的「遮風避雨」或「溫暖舒服」的服務。

在經濟學的文獻中，將個人消費各種物品或服務後，所獲得的滿足程度稱為效用 (utility)。根據此一觀念，Grossman 的理論告訴我們，是健康帶給消費者效用，不是醫療服務本身。因此，我們可將消費者的效用函數寫成：

$$\text{Utility} = U(H, X)$$

式中，H 代表健康，X 代表其他各種商品所組成的複合消費品 (composite commodity)，其中 $U_x > 0$ ， $U_H > 0$ ，表示更多的健康或更多的消費品會帶給消費者更大的效用。

而健康是哪裡來的呢？上天賜與？健康視為一種資本存量，那會不會像汽車房子等其他資本財一樣，有折舊的問題呢？健康如果折舊了怎麼辦？能不能補充？在此，Grossman (1972) 亦利用 Becker (1965) 所提出的家庭生產函數的觀念，來說明消費者可以藉由「生產」健康來補充健康資本的消耗，而消費者生產健康的主要生產要素，即是醫療保健服務。換言之，我們可將消費者的健康生產函數表示如下：

$$H = g(m, z)$$

式中， m 代表醫療服務， z 代表其他生產健康的投入要素，包括飲食與運動等行為。一般而言，愈多的醫療服務可生產越多的健康，也就是醫療服務的邊際生產力是正 ($\partial H / \partial m > 0$) 的，就如同廠商的生產函數一般，消費者的健康生產函數亦適用於報酬遞減的法則，也就是醫療服務量使用越來越多時，醫療的邊際生產力會遞減，甚至變成負的。例如大量使用抗生素將產生抗藥性，進而對人體產生不良的影響。

綜合上述分析顯示：消費者購買醫療服務的目的，並不是需要醫療服務本身，而是需要「健康」。醫療服務只是消費者用於生產健康的投入要素。因此，醫療需求是消費者對健康需求的引申需求 (derived demand)。由健康生產函數的關係可知，影響健康的投入要素，除了醫療服務之外，尚有許多其他因素，例如生活方式，環境與教育等。

醫療經濟學對衛生政策的貢獻

Feldstein (1995) 指出，過去三十年來許多醫療經濟學家時常探討並已普遍獲得共識的問題，主要有三方面：第一是醫療支出總額的決定與醫療支出快速上漲的問題。過去醫療經濟學者的研究指出，實質所得成長，醫療保險普及與人口老化等需求面的因素，以及醫療服務相對價格上漲的供給面因素，皆會造成各國醫療支出的增加，但會造成各國醫療支出持續不斷上漲的最重要因素，則是高度醫療科技的引用 (Newhouse, 1992)。但各國的醫療體系為何能支持不斷創新的高度醫療科技呢？除了醫療科學快速發展的外在因素之外，最重要的理由莫過於醫療保險的普及，使消費者產生對高品質醫療服務的強烈需求。因此，醫療經濟學者所常探討的第二個問題是，醫療保險對醫療需求的影響。一個具體的例子是美國聯邦政府在 1974 年，委託 RAND corporation 執行的健康保險實驗 (Health Insurance Experiment, HIE)，此實驗主要探討不同部分負擔比率對醫療使用情形的影響。實驗設計是將參與者隨機分入五組不同的醫療保險計畫 (insurance plan)，此五種醫療保險計畫主要的差別為部分負擔比率不同 (完全免費，部分負擔率 25%、50%、95% 及個人自付額型)，不同的部份負擔比率代表消費者就醫時面對不同的醫療服務價格。實驗期間長達八年，結果發現不同組樣本的醫療支出有很大的差異，實證結果顯示醫療需求的價格彈性約為 -0.2 (Manning et al., 1987)。亦即醫療服務的價格若上升 10%，消費者對醫療服務的使用量會減少 2%。此一發現為利用部分負擔方式以控制醫療成本上漲的政策，提供強而有利的實證基礎，因此，在上述實驗結果發表後，許多國家的健保制度紛紛採用部分負擔的機制，以控制醫療成本的上漲。

第三個醫療經濟學家常研究的重要課題，即是強調非醫療因素 (nonmedical factors) 對健康的影響。其中最具體的例子即是許多醫療經濟學者應用經濟學

理論與計量經濟學 (econometrics) 的方法，研究對個人健康有顯著影響的物品之需求，如對吸菸者或酒醉駕車行為的研究即屬之。這些研究的一項共同發現即是，消費者對於香菸、酒與其他癮性物品 (addictive goods) 的需求，也會受到價格變動的影響 (Feldstein, 1995)。這些研究成果，除了幫助我們瞭解個人偏好、資訊與價格等因素如何影響消費者的生活方式選擇之外，也對各國控制各項癮性物品消費的衛生政策，如課稅、管制與菸害資訊宣導等方式，提供許多有價值的資訊。Fuchs (1996) 的研究指出，就長期的趨勢來觀察，醫學的進步對死亡率與傷病率降低有非常顯著的貢獻，但就任一個特定的時點來看，不同先進國家人民健康水準的差別，或同一國家內不同個人的健康差異，就不能完全歸因於醫療保健服務數量或品質的差異。此時個人的行為，如吸煙、飲食與運動等，即扮演相當重要的角色。

綜合醫療經濟學過去的發展，Fuchs (1996) 認為，醫療經濟學對衛生政策的最重要貢獻，可用三個經濟觀點來概括：稀少性 (scarcity)、替代性 (substitutability) 與異質性 (heterogeneity)。稀少性強調醫療保健服務資源與其他經濟資源一樣，皆是有限的，同樣面臨了「選擇」的基本經濟問題。在稀少性的觀點下，經濟學者強調資源有其他用途，因此在使用各項資源時，必須考慮其機會成本 (opportunity cost)。例如，衛生署將一筆經費投注到醫學中心的癌症臨床研究時，就無法將同一筆錢用於補助基層醫療院所提供預防保健的服務。因此，醫療資源的使用，除了要考慮其效益外，也不能忽略其成本。替代性則是強調為了生產健康所使用的各種投入要素之間，可以有不同的組合。此一觀點即是呼應前段所強調的，在醫療保健服務以外，個人對生活方式的選擇行為，對健康也有顯著的影響。而在醫療保健的使用上，各種不同形式的醫療服務之間，也可以有替代性。例如，某些領域的醫療服務，消費者可以用「門診」替代「住院」。在替代性的觀點下，經濟學家除強調非醫療因素對影響健康的重要性之外，也強調各醫療要素之間的相對價格。至於異質性則是強調不同消費者之間在時間偏好 (time preference)、風險態度 (risk attitude) 與忍受痛苦程度的差異。在異質性的觀點下，經濟學者強調衛生政策的制定或醫療保健服務的提供，必須考慮不同消費者需求的差異。

(二) 課程啟發方法:

A. 辯論應用在教學情境的相關理論基礎

在教學的過程中，教師可以運用多種不同的教學策略以達到教學目標，而不同的教學策略也是由不同的學習理論延伸而來，就辯論活動而言，有關的理論如下：

布魯納(Bruner) 的「發現學習論」認為若學生能從事物變化中發現其原理原則，主動探索，才是構成學習的主要條件，其要義如下 (張春興，

民 84)：

- 1.強調學習情境的結構性，而教材的邏輯結構性必須符合學生的心智發展。從結構性知識中學到原理原則後，才可以培養學生自行求知時的組織判斷能力，以便日後從事獨立研究，追求更高層的知識。
- 2.強調靠學生自行探索，發現自己的錯誤及發現正確答案是有效學習的重要因素，學生發現自己的錯誤而加以改正，其所產生的效果比外在獎勵更有效。
- 3.學習內容必須與實際生活相關，才能學到真正的知識。

而在人本主義的學習理論中也強調

- 1.每個學生都具備其天賦的學習潛在能力，順應天賦並給予機會，學生就會自動學習。
- 2.有效的學習必須靠學生自動自發，探索發現結果，若是教材能滿足其需要或符合學生生活經驗，學習動機才會產生。
- 3.強調學習活動是學生的責任，教師主要是負責教室情境的設置及材料的提供。
- 4.主張合作學習，藉此除了培養學生主動求知能力之外，更發展其人際溝通能力，養成團隊精神。

結合以上兩種理論，就形成一種以學生自學為取向的教學策略，強調學生們在教師的引導下進行學習、在合作學習的過程中追求新知、將學習內容與現實生活結合。而在團體輔導活動中運用辯論的方式，也就是教師提供一結構化的教學情境，提供符合生活經驗的學習材料，讓學生以小組合作的方式，主動探索學習，並在彼此論證思辯的過程當中，讓學生得以澄清想法進而強化行為，以達教學目標。

B. 主題、參考閱讀、涵括的領域與討論問題之背景與理念如下：

- 1.培養關心時事態度：能夠成為辯論的題目，多是相當熱門或具有爭議性的話題，可以促使學生關心社會環境及時事，以盡公民之責。
- 2.培養思考及判斷能力：由於辯論的題目具有爭議性，因此會有許多相關文章或報導在談論此事，以專家的研究調查結果做為論述更是極具說服力，因此學生們必須學會如何去收集資料並進行檢視，對於各種的方案

及其結果、所付出的代價、可能性高低做一思考判斷，形成自己的立論（何慧玲，民 82）。此外，當正反雙方進行辯論時，擔任評審的學生就要負責觀察記錄雙方的論調、分辨判斷說詞是否合乎邏輯、有無過份誇大或不實、證據是否可靠充實等，以做為事後評分的依據之一，這樣子的訓練可讓學生提升獨立思考及判斷能力，而非一味道聽塗說或盲從權威的理論。因此，此種方式比演說或交談更能訓練學生周密的思考及正確的判斷。

3. 口語表達能力：學生除了要整理自己的思路之外，更要將自己的主張及意見有條理地陳述出來，沈穩理性地表達自己的想法，而非無理取鬧或大聲爭吵（鄭惠芬，民 83）。在這過程中，便可培養學生清晰有禮的口語表達能力。
4. 培養組織及分析能力：研究顯示學生受過辯論訓練之後，在分析及組織能力上都有顯著的進步(Pollock, 1982)。因為在辯論進行中，對方的任何一項論點或言辭都可能成為我方下一辯攻擊或質詢的目標，如何在對方發言完畢之後，立刻井井有條地駁斥對方的說法，是需要高度的組織及分析能力（徐惠玲，民 83）。
5. 培養傾聽及容人批評的態度：在辯論的過程當中，辯士除了提出自己看法外，也要仔細聆聽對方的論證，以找出可反駁之處，另一方面也要虛心接受對方的質詢或言辭攻擊，培養傾聽及容人批評的氣度。
6. 培養學生臨場反應能力：在辯論的過程中，雙方你來我往，必須在很短的時間內，找到關鍵點，做出適當的解釋或質詢，這樣迅速的洞察力與反應除了在辯論上不可或缺之外，在日常生活上處事應變更加重要。

總言之，辯論就是一種透過語言來表達個人思考歷程的方式，若教師能在教學情境中酌予運用，藉著學生本身言語討論而形成的觀念再加以補充，其成效往往也比教師直接口述教導來得好。

由於辯論比賽強調學生思考判斷能力，因此教師在運用之前，必須要讓學生在思考及表達方面有些練習，平時便可多利用故事接龍訓練學生腦力激盪、價值澄清法訓練學生獨立思考、設計謎底讓學生提問，主持人只能回答是或不是的方式訓練學生發問、組織歸納與推理、提出開放性問題，鼓勵學生表達對此問題的看法、口頭報告方式提升學生口語表達能力，將這些方式自然融入課程教學上，學生在進行辯論上將更能得心應手。

「批判性思考 *Critical thinking*」與醫學教育

就醫學教育而言，醫學是游走人性與非人性的掙扎，我們不僅要培養醫學生

精湛的醫療技術和深入鑽研、不斷探索的科研能力，更重要是培養他們關愛生命，關愛他人且能明辨真偽是非的明智人文精神。柏拉圖曾對弟子說道：「孩子，你還如此年輕，數年後隨著歲月的流逝，時光會改變甚至顛覆你的想法。因此不要過於防備、堅決，將自己想像為萬物的最高裁決者。」

倫理道德刺激我們於難題上做出選擇；而社會生態則挑戰我們對道德的定義與保衛。當醫生陷入倫理道德的天人交戰，唯有透過批判性思考，改變過去不經處理，片面的、存偏見的、歪曲的、或資訊不足，甚至根本就是有成見和思考模式，以邏輯式的方式，逐一抽絲剝繭洞察問題所在，才能將困境迎刃而解。我們期許未來所培養的醫生是個獨立批判思考的人，能提出緊要的問題，清楚而嚴謹的做有系統的陳述，收集適切的資訊，找到合理且有根據的解決方法，並對不同選擇的思考系統保持開放心態，評估其實際效用，以審慎思變為出發點，培養學生批判性思考及清晰調理的邏輯化思路，看待問題精確嚴謹的眼光及複雜度，以強化責任倫理素養，使醫學生日後面對臨床與個人生涯中多元價值議題時，能做出道德判斷實現生命價值。

1. 準備課程：

由於班級上課進行方式為小組上課，共計六組，為了讓每位學生都能在比賽進行中投入活動，集中注意力，因此採取分組制，兩小組為正方，兩小組為反方，兩小組為評審團。教師先利用一節課的時間，介紹辯論比賽規則及小組分工職責，最好能列成書面資料，供學生參考。最後，再列出教師擬定好的題目，決定出正反方，並請學生課後收集資料，下週上課前學生請就定位坐好。

2. 辯論題目：

題目盡量與社會經驗相關，也可搭配時事議題，以下列出一些可作為辯論的題目，教師可再視實際需要加以變通。例如：「健保費漲不漲」、「藥價黑洞」、「台灣健保俗擱大碗」等。

採用辯論的方式進行活動，對學生來說是一項新的嘗試，對教師來說也是一項挑戰，輔導活動一直強調以學生為主體，讓學生在活動中探索學習，因此教師若能靈活運用各種活動方式，事先加以妥善規劃，在課堂中仔細觀察學生表現及反應，再適時加以調整，或許第一次較無法掌控得宜，但如同學生學習一般，熟能生巧，學生自然也會感受到教師的那份熱誠與用心。

● 使用工具：醫學經濟議題及書目

主題一：台灣醫療保健產業概況

說明主題：

醫療保健服務的特性與醫療保健服務市場上的三個基本經濟問題（生產什

麼、如何生產與為誰生產)是各國所共同面對的,但各國解決問題的對策與方法則有很大的不同。主要原因是,一國的醫療保健制度深受該國文化背景、社會環境、政治制度與經濟發展的影響。Fuchs (1996)於美國經濟學會年會的演講即指出,醫療保健制度係文化的一部份,其結構與一國的社會組織無法分割,因此,許多醫療經濟學的研究均具備很強的本土性(country specific)。有鑒於此,課程的初始先對台灣的醫療保健產業做一介紹分析。首先從縱剖面的角度,介紹台灣醫療保健產業的演變歷史及制度特性,而後從橫剖面(cross-sectional)的角度,分析當前台灣醫療保健產業的政策與市場結構問題,最後,指出醫療保健產業之於台灣經濟體系的重要性、台灣的總體健康指標及其發展趨勢。

主題二: 健康需求與醫療需求的理論

說明主題:

首先介紹經濟學在分析消費者選擇行為時,經常使用的基本觀念與分析方法;接下來將消費者選擇理論應用至醫療保健服務,解釋消費者需要健康的理由,同時亦探討影響消費者的健康需求與醫療需求之因素;然後介紹Becker (1965)健康生產函數模型的直接應用,此模型為一單期模型;之後介紹Grossman (1972)的健康需求理論,由單期模型拓展至跨期模型;最後,根據上述兩個模型的理論預測,探討醫療保險對醫療需求的影響。

主題三: 健康衡量的實證研究

說明主題:

承襲健康生產函數的概念,我們將影響健康的因素鎖定於醫療服務、個人生活方式的選擇與教育程度三方面。首先說明實證研究的各種資料來源與衡量健康的方法;接下來分別探討醫療服務、個人生活方式的選擇與教育程度對健康的影響。由於許多實證研究已證實個人生活方式的選擇對健康有顯著的影響,因此,特別以菸酒等成癮性物品的消費為例,說明經濟學家如何研究消費者的健康行為(health behavior),同時強調價格對消費者行為的影響;最後,討論社會經濟狀況(socioeconomic status)對健康的影響。

主題四: 醫療需求的實證研究

說明主題:

我們特別強調,醫療需求是消費者健康需求的引伸需求,而綜合理論分析的結果,我們得知影響消費者醫療需求的主要經濟因素包括醫療服務的價格、醫療保險、時間成本、所得、教育與健康資本折舊率(年齡)等。本主題的重點為回顧醫療需求實證估計的主要發現。醫療需求的實證研究具備兩項重要的意義:其一,實證結果可用於檢定理論模型的各项經濟預測;其二,實證結果可作為評估醫療衛生政策的重要依據。例如,全民健保實施部分負擔制度是否可以達到減少醫療需求的效果,端視醫療需求的價格彈性高低;改善醫療資源的分佈(提升醫療資源的可近性)能否發揮效果,取決於就醫時間成本的價格彈性。

主題五: 醫師服務市場的理論

說明主題：

本主題旨在探討醫療服務提供者的行為。首先從理論分析的角度介紹醫師服務市場(market for physician services)特性與醫師行為模型(physician behavior model)；接著介紹經濟學在分析廠商行為時使用的廠商理論(Firm Theory)的基本觀念與分析方法；然後根據廠商理論的分析架構探討醫師服務市場的結構以及此一市場面對的三個特殊經濟問題：其一，醫師如何決定價格與服務量；其二，醫師與病患之間存在的資訊不對稱現象；其三，醫師誘發需求(physician-induced demand)的問題。

主題六：醫師服務市場的實證研究

說明主題：

本主題的主要內容係介紹醫師服務市場的實證研究文獻。承襲先前強調的醫師服務市場特性，我們將分析重點鎖定在資訊不對稱、醫師誘發需求與醫師執業地點的選擇三方面。首先以兩篇實證研究說明「資訊不對稱」現象對醫師服務價格的影響；而後介紹檢定「醫師誘發需求」現象的相關文獻；最後探討「醫師執業地點的選擇」之實證研究。由於醫師在提供醫療服務的過程中同時扮演兩種角色：醫師既是經營診所(廠商)的企業家(entrepreneur)，亦是診所生產「醫療保健服務」這項產品時所必須投入的勞動生產要素(labor input)。做為一個企業家，醫師必須像其他的廠商經營者一般，面臨要投入哪些生產要素、生產多少產品、產品的定價以及在哪裡執業等決策問題；但做為勞動生產要素，醫師又與一般專業技術勞工(skilled labor)一樣，面臨要不要讀醫學院、要不要接受專科醫師訓練以及要投入多少時間工作等問題。

主題七：醫療傷害責任制度與醫療糾紛

說明主題：

醫師服務市場存在的資訊不對稱現象，使醫療傷害發生時病患無法區分究竟是醫師努力程度不夠或是疾病的自然發展結果，因而導致病患與醫師間對醫療傷害責任(medical liability)問題的爭議。本主題的主要目的即是針對醫療保健服務市場特有的「醫療糾紛(medical malpractice claim)」問題進行專題分析。首先定義何謂「醫療糾紛」，介紹規範醫療糾紛的相關法律、醫療糾紛的處理流程與發生頻率；而後綜合相關研究分析醫療糾紛發生的原因；最後以美國與台灣的實證研究說明醫療糾紛的解決方式與處理結果，並且分析醫療糾紛對醫師執業行為的影響，著重於防禦性醫療(defensive medicine)的現象。

主題八：醫院服務市場的理論

說明主題：

根據中央健康保險局的統計，1998年全民健保的總醫療支出為2567億元，其中1652億元為醫院部門的健保醫療支出(含住院與門診)，占當年全民健保總醫療支出的64.4%(中央健保局，1999)。由此可見，醫院在整個醫療保健服務市場中占有非常重要的地位，同時也是醫療資源使用最密集的地方。1998年台灣共有719家醫院及111941張病床，平均每家醫院有156張病床。

若以醫院家數分析，公立醫院占 13.5%，非營利性（not-for-profit）法人醫院占 10.7%，私立醫院占 75.8%；若以病床數分析，公立醫院病床數占 38.3%，非營利性法人醫院占 31.8%，私立醫院僅占 30%。若不考慮公立醫院，非營利性醫院病床數約占私立醫院提供病床數的 51%，由此可知，非營利性醫院在台灣的醫院服務市場中占有很大的比重。值得注意的是，依據台灣相關醫療法規規定，醫療產業不得以營利為目的，因此，理論上台灣並無營利性（for-profit）醫院的存在，醫院權屬別（ownership）主要分為公立、私立及法人醫院（財團法人、宗教法人及其他法人）。但經濟學係以利潤分享方式（distribution of profits）歸類，在此一標準下，私立醫院的營利動機便非常明確。因此分析時應先詳細定義，分析結果的推論才具意義，

非營利性醫院居醫療保健服務市場的主流並非台灣獨有的現象。以美國為例，在 1987 年，55% 的醫院是屬非營利，這些醫院提供的病床數高居全美醫院病床總數的 65%（Hoerger, 1991）。

本主題的主要目的即是嘗試解釋：一、為什麼醫療保健服務市場中有許多非營利性醫院；二、這些非營利性醫院與一般以追求最大利潤為目的的廠商，在經營行為上有何差異。首先從經濟分析的角度說明非營利性廠商存在的理由；接著介紹解釋非營利性醫院經營行為（hospital behavior）的相關理論；最後則從財產權理論（property rights theory）的觀點比較營利性醫院與非營利性醫院在經營效率上的差異。

主題九：醫院服務市場的實證研究

說明主題：

本主題的主要目的係介紹醫院服務市場的相關實證研究。本主題的分析著重於兩方面：其一，比較營利性醫院與非營利性醫院的經營效率是否存在顯著差異；其二，實證探討醫院市場中的競爭行為，包括價格競爭與非價格競爭。

主題十：支付制度的經濟誘因探討

說明主題：

醫療保險的設計中，支付制度是相當重要的一環，因為支付制度能夠創造經濟誘因（economic incentives），影響醫療提供者的執業行為（practice behavior），尤有甚者，更能影響整個醫療體系的生態發展。近年來，在各國醫療保健服務費用不斷成長的趨勢下，支付制度更成為各國控制醫療費用成長的重要政策工具。首先，介紹各國近年來紛紛進行支付制度改革的背景；接著分析以支付制度做為控制醫療費用成長的政策工具的經濟理論基礎；而後介紹各種常見的支付方式，並進一步討論各種支付方式創造的經濟誘因；最後將以美國為例，介紹 1980 年代及 1990 年代支付制度設計的改革、住院服務的診斷關聯群（Diagnosis Related Group, DRG）以及醫師服務的資源依據相對值表（Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS）。

主題十一：醫療保險的理論與實證研究

說明主題：

首先介紹經濟學的預期效用理論 (expected utility theory)，並根據預期效用理論說明消費者購買保險的原因、以及影響消費者保險需求的經濟因素；而後介紹醫療保險制度誘發的兩個特殊經濟現象：道德危害 (moral hazard) 與逆選擇 (adverse selection)；最後介紹估計醫療保險造成的社會福利損失之相關文獻以及政府干預 (government intervention) 政策的實證經驗。

主題十二：醫療保健服務的財務籌集

說明主題：

針對醫療照護的財源，各國各有不同的籌集方式，不同的方式代表不同的政治理念。重視社會福利的國家，多以政府介入為主，例如，英國、北歐國家（瑞典、丹麥、芬蘭、挪威）及澳洲；亦有政府介入僅及低收入民眾及老人，例如，美國的貧民醫療服務 (Medicaid) 與老人醫療保險 (Medicare)；強調使用者付費的國家多以辦理社會保險的方式籌集財源，例如，德國、日本及台灣，或是以公積金的方式辦理，例如，新加坡。

至於醫療保險的提供則主要分為兩種方式：一、透過市場機制，由競爭市場中的廠商提供，例如，美國民眾從保險市場購買醫療保險；二、透過政府干預，由政府提供「社會保險」，例如，歐洲大部分國家實施的健保制度以及台灣現行的全民健保制度。兩相比較，社會保險通常屬強制性保險，一般保險的購買與否則由民眾自行決定；社會保險的保費，通常由政府補貼部分，一般保險的保費則由市場機制決定，並且完全由被保人自行負擔；社會保險除了具備分散風險的目的，尚被賦予「所得重分配 (income redistribution)」的期待，因此，保費時常隨著所得提升而遞增，一般保險則不受被保人所得水準影響，通常只反映被保人的風險特性。

主題十三：台灣的全民健康保險制度

說明主題：

本主題的主要目的是分析全民健保制度的過去與現在。首先針對全民健保實施之前的舊健保制度，做一歷史回顧；接著介紹全民健保的規劃過程與立法過程中各界爭論的焦點；而後介紹現行全民健保制度的基本特性；最後根據現有各種文獻資料評析全民健保實施以來產生的各種影響效果。

主題十四：全民健保制度的問題與改革方向

說明主題：

全民健保的實施，大幅提高民眾的就醫可近性，但也因為保險會誘發道德危害的問題，使的醫療資源有過度使用之虞。全民健保實施之後，醫療費用節節上漲，每年約上漲 8% 至 10%，但保費收入的年增率僅 4% 至 5%，自 1998 年 3 月開辦以來，財務狀況漸有入不敷出的趨勢。因此中央健保局乃積極研擬改善方案，欲控制醫療費用的漲幅，同時並逐步推展支付制度的改革。本主題首先討論全民健保制度的現有問題，再進一步討論全民健保可能的改革方向。

主題十五：經濟發展與公共衛生政策—以亞太經濟合作 (APEC) 為例

說明主題：

亞太經濟合作（Asia-Pacific Economic Cooperation，簡稱 APEC）是 1989 年澳大利亞總理霍克（Robert Hawke）所倡議成立之亞太區域經濟諮商論壇，其目的為透過亞太區域各經濟體政府官員之間的交流、對話及協商，促進亞太區域的經濟發展與成長，創始成員有 12 個。

台灣係於 1991 年以中華台北的名義、與中國大陸及香港同時加入 APEC，成為 APEC 的會員體（Member Economies）。除了我國，目前 APEC 成員尚有中國大陸、香港、澳大利亞、汶萊、加拿大、智利、印尼、韓國、日本、馬來西亞、墨西哥、紐西蘭、巴布亞紐幾內亞、秘魯、菲律賓、俄羅斯、新加坡、泰國、美國及越南共計 21 個會員體，各會員體均以「經濟體（Economy）」的身份參與，此為 APEC 的特殊設計。此外，東南亞國家協會（ASEAN）、太平洋經濟合作理事會（PECC）、太平洋島國論壇（PIF）3 個國際組織為其觀察員。

就成員涵蓋地理區域（包括東北亞、東亞、東南亞、大洋洲、北美及中南美）、經濟力量（涵蓋近 26 億人口、國內生產毛額占全球近 6 成、貿易額占全球近 5 成）、組織活動（最高決策層級達各經濟體元首、討論議題涉及大部分行政部門的業務）而言，APEC 可謂亞太地區最重要的多邊官方經濟合作論壇之一，亦為我國目前實際參與的多邊官方機制中重要性甚高者，APEC 形成的共識對全球經貿政策具有相當大的影響力¹。

APEC 為反應 2003 年衛生部長會議及 APEC 工業科技小組的要求，於 2003 年 10 月領袖會議宣告成立 APEC 衛生任務小組（Health Task Force，簡稱 HIF），希望藉由強化各會員體衛生相關部門的合作、預防公共衛生問題影響經貿發展的狀況。有鑑於衛生對於國家發展及穩定的重要性、以及既有及新興傳染疾病之威脅未減，2005 年第二次資深官員會議便同意將 HIF 延長至 2007 年，2007 年第二次資深官員會議更進一步決議將 HIF 更名為衛生工作小組（Health Working Group，簡稱 HWG），並將其升級為常設性工作小組。同年 6 月 APEC 衛生部長會議通過 HWG 的中程工作計畫（Medium-term Workplan），其中明列三項努力的方向²：

² 「衛生安全（Health Security）」書面資料。

- 一、 進一步檢視衛生和經貿之間合作發展的可能性。
- 二、 持續強化 APEC 經濟體對公共衛生緊急狀況和新興公共衛生議題的應變能力。
- 三、 促進衛生專家與其他部門專家間廣泛與長期的合作協調。

由 HWG 的建置可以看出 APEC 對於衛生安全議題的重視，透過衛生工作組織的成立，確保各經濟體對各項衛生威脅做好萬全準備和應變措施，將衛生問題對人類福祉和經貿發展的危害降至最低，最終目標為經濟成長與自由貿易。雖然 APEC 做為一個區域經貿整合的組織，但是推動經貿政策必須同時考慮其他層面的因素，才能達到永續發展的目的。

主題十六：全球金融風暴造成心理健康問題

說明主題：

2008 年 9 月 15 日全球金融風暴爆發，為近 80 年來最嚴重的經濟衝擊。全球金融風暴初發生時，股市首先遭受劇烈震盪，當天道瓊工業指數便重挫 504 點，為 2001 年 911 事件之後單日最大跌幅，那斯達克指數亦大跌 81 點，至 2008 年底，全球股市跌幅超過 40%，股市總值損失超過 29 兆美元。股市是金融風暴的表面症狀，真正病灶是美國的次級房貸問題以及銀行不良債權問題，使的美國金融體系幾近崩潰，而骨牌效應使美國的金融危機進一步擴散至歐洲、亞洲、以至全球。此波金融風暴的嚴重性可以從各國低迷的經濟成長率和貿易量窺見端倪，國際貨幣基金（IMF）預測全球經濟要一直到 2010 年才會開始以 1.9% 的成長率溫和復甦，在貿易量方面，以 2009 年的全球貿易量為例，當年全球貿易量的成長率為 -11%，此種衰退的現象為第二次世界大戰以來首次出現。

全球金融風暴之下，許多勞工遭遇被解雇的事件，未被解雇的勞工亦處於無薪假或可能被解雇的擔憂與壓力中。以 2009 年 3 月份各國公布的失業率數據為例，其中，美國失業率高達 8.5%，創下近 25 年來最高紀錄，德國失業率高達 8.6%，創下 2008 年 2 月以來最高紀錄，亞洲國家失業率亦同步走高³。由此

³ 沈文麗（2009），「金融風暴下全球就業市場展望」，就業安全半年刊 98 年第 1 期。

可見，金融風暴帶給眾多勞工嚴峻的職場壓力（Occupational Stress），而職場壓力不僅會危害勞工的生理健康，對勞工的心理健康也有很大的影響。

在生理健康方面，國內外已有相當可觀的流行病學研究指出，工作壓力可能引發的生理病症包括頭痛、失眠、抽菸、酗酒、高血壓、心臟疾病、呼吸道疾病、免疫機能下降、胃腸潰瘍、不孕與懷孕生殖問題、過勞症（burn-out syndromes）與慢性疲勞症（chronic fatigue）等。

在心理健康方面，相關研究指出工作壓力可能引發的心理問題主要為過勞、憂鬱和焦慮，以下將分項說明：

- 一、 過勞：「過勞」指的是一種長期壓力導致的身心耗弱狀態。短暫的壓力反應，如呼吸心跳加快、腎上腺素與腎上腺皮質醇分泌增加等，乃是自然的警界反應，但個體若是長期處於壓力之下，身心將會不勝負荷，造成所謂「過勞症」。
- 二、 憂鬱和焦慮：國際勞工組織（International Labor Organization，簡稱ILO）於2000年的研究指出，在英國、美國、德國、芬蘭和波蘭等國，每10名員工中就有1個人苦於憂鬱和焦慮，可見現代職場壓力之大，在金融風暴對經濟的負面影響下，職場壓力只會更多不會更少，勞工憂慮和焦慮的狀況必然更加嚴重。嚴重的憂慮和焦慮會演變為憂鬱症和焦慮症，憂鬱症又為當代心理衛生面臨的最嚴峻挑戰，二十一世紀造成生產力明顯損失的疾病當中，憂鬱症即排名第二，全世界三分之一的生產力因為憂鬱症而流失，僅次於心臟血管疾病。

如前所述，心理的健康狀態是一個健康的個人不可或缺的條件，此為當代人類的共識，而全球金融風暴又帶來嚴重的心理健康問題，面對如此景況，有如下因應和處理方式：

- 一、 強化員工協助方案（Employee Assistance Program，簡稱EAP）。員工協助方案是指企業組織為照顧員工和提升生產力所提供的計畫性活動，目的為發現並解決影響勞動生產的個人問題。員工協

助方案的理念為：員工的問題具有可恢復的特質，同時，員工的問題不僅僅與員工個人有關，亦可能為組織問題的癥兆。員工協助方案最大的特色為，以協助代替懲罰，協助員工解決問題，目標為回復員工的工作績效至正常水準。全球金融風暴帶來嚴峻的職場壓力，而職場壓力又帶來勞工的心理健康問題，面對肇因於職場壓力的心理健康問題，企業組織是第一線的偵測單位，如果企業組織具備敏銳且有效的員工協助機制，將可避免職場壓力造成的心理問題進一步惡化為精神疾患，同時，關懷同溫暖的企業精神亦可形塑員工的認同感。實際做法甚多，舉例而言，企業組織可以聘任心理衛生諮商師，在確保個人隱私的前提下，企業組織責成心理師了解員工的心理狀況，並且教育員工紓解壓力和放鬆技巧。

- 二、積極推動精神疾病去汙名化運動。很多時候，心理健康問題會進一步惡化為精神疾病，而精神疾病患者若處於汙名化精神疾病的社會中，將會因為懼怕旁人的異樣眼光而延遲甚至拒絕就醫，無法得到良好的醫療照護。在一個重視心理健康、視精神疾病為正常身體疾病的社會中，精神疾病患者將能及早獲得治療，心理承受憂鬱或焦慮的個人，也將因為願意尋求心理諮商而免於惡化為精神疾病的風險。

主題十七：心理衛生於當代的角色及重要性

說明主題：

當代，「心理衛生（Mental Health）」的概念逐漸受到世人的關切與重視。完善心理衛生的目的在於達致良好的心理健康，所謂「健康」，根據WHO的定義係為「個人的生理、心理以及社會三方面的良好狀態」，因此，「心理健康」可以說是心理的良好狀態，亦即，除了沒有精神疾病，個人的智識、情感表達、認知、行為表現等方面都維持在一個正常且平衡的狀況，使個人能夠有效的適應社會及世界，進而獲得快樂與滿足。換句話說，一個心理健康的人能夠充分了解自己的能力與需求、訂立合理可行的目標，並且不斷從經驗中學習而不喪

志；能夠維持人格的完整與和諧；能夠保持充分的安全感與自信心；能夠進行適宜的情緒表達與控制，並且與他人建立良好的關係；在不違背團體與社會的規範下，亦能滿足個人的基本需求並且產生自我實現（self-actualization）。唯有透過心理衛生知識的普及與心理衛生技術的精進，才能保障心理健康的狀態⁴。

現代人身處日新月異、變化快速的社會，面臨政治民主化、經濟自由化、文教國際化、社會現代化、科技信息化的挑戰，加以生活忙碌、價值觀念矛盾、行為模式多元、道德意識模糊，種種因素均使的現代人承受更為巨大的精神壓力和負面情緒，不僅心理健康水平較以往為低、心理健康的維護亦較以往不易。然而，心理健康與生理健康同等重要，情緒有正負兩面，正面情緒能夠提升生活各層面的品質，相對的，負面情緒則使我們長期處於憂傷和恐懼的情境中，降低生活各層面的品質，同時，心理狀態與生理健康之間亦存在高度的正相關⁵。因此，現代政府確實應該投注更大心力與經費於心理衛生的建置和維護，以提升國民的心理健康。

在體認心理衛生於當代的角色與重要性之後，台灣政府除了加大國內心理衛生的投入力度，還應當力促台灣與國際心理衛生事務接軌，包括加入心理衛生國際組織或與國際於心理衛生事務上進行合作交流，透過與國際接軌的行動，台灣便能快速得到國際相關訊息，隨時更新並持續充實國內心理衛生知識，並且較為容易獲得國際的物質與技術支援。

⁴ 毛家齡等（2002），「心理衛生」，華杏出版社。

⁵ 「別讓情緒左右你」，董氏基金會心理衛生出版品。

⁴ 毛家齡等（2002），「心理衛生」，華杏出版社。

⁵ 「別讓情緒左右你」，董氏基金會心理衛生出版品。

三、計畫主要內容

(1.請概述整體課程規劃、開課情形、計畫推展、社群整體之活動狀況等；2.整合型及全院型計畫請說明其課程地圖建立及內部整合情形；3.請說明計畫目標達成情況、本計畫規劃(計畫書)與實際執行之差異及其原因；4.說明整體課程推動或進行時所遭遇之困難，並提出改善可能性或具體方案。)

課程綱要表			
科目名稱 (中/英文)	醫療經濟學之初探與批判性思考		
任課教師	范佩貞	開課學期/學分 數	2
開課院系所	醫學院 護理學院 物治所與通識中心	必修/選修/通識	選修
上課時間	每週兩小時	上課地點	醫學系
預估修課人 數	每學期 40 名左右	申請教學助理 數	依據修課人數 25 人即可 配至一名教學助理
修課限制	醫學系選修屬醫學人文領域學		
教學背景及目標			
<p>1. 教學背景</p> <p>本課程與教材發展計畫旨在帶領醫學生初探「醫療經濟學」並培養其批判性思維。經濟學是一門行為科學，亦即，以科學的方式探究人的行為。即便經濟學的研究方式是科學的，但經濟學最終關懷的對象是「人」，是一門對人文現象多所關注與研究的學門。傳統上，醫學系大部分課程係著重於生物機制、人體結構或藥理反應，甚少從「產業」或「市場」的觀點看待醫師這個職業，本計畫欲引領醫學生涉獵醫療經濟學，探究醫療體制與財務結構的相關議題，並透過跨領域的智識交流與激盪、培養醫學生的批判性思維。醫學教育的目標是成就一批素質優良的醫師，而優良的醫師不僅仰賴醫術，尚取決於醫師本身的人文關懷意識與理性求真的思考方式。</p> <p>課程主題分為台灣醫療保健概況、健康需求與醫療需求理論、健康衡量的實證研究、醫療需求的實證研究、醫師服務市場的理論、醫師服務市場的實證研究、</p>			

醫療傷害責任制度與醫療糾紛、醫院服務市場的理論、醫院服務市場的實證研究、支付制度的經濟誘因探討、醫療保險的理論與實證研究、醫療保健服務的財務籌集、台灣的全民健康保險制度、全民健保制度的問題與改革方向、經濟發展與公共衛生政策（以 APEC 為例）、全球金融風暴造成心理健康問題、心理衛生於當代的角色及重要性。由醫療需求面切入，接著談論醫師服務市場和醫院服務市場，而後介紹醫療保健服務的支付制度和醫療保險，最後引進公共心理衛生，以此一日形重要的公共衛生議題做結。

2. 課程規劃

1) 課程內容

第一週: 總論

第二週: 台灣醫療保健產業概況

第三週: 健康需求與醫療需求的理論

第四週: 健康衡量的實證研究

第五週: 醫療需求的實證研究

第六週: 醫師服務市場的理論

第七週: 醫師服務市場的實證研究

第八週: 醫療傷害責任制度與醫療糾紛

第九週: 醫院服務市場的理論

第十週: 醫院服務市場的實證研究

第十一週: 支付制度的經濟誘因探討

第十二週: 醫療保險的理論與實證研究

第十三週: 醫療保健服務的財務籌集

第十四週: 台灣的全民健康保險制度

第十五週: 全民健保制度的問題與改革方向

第十六週: 經濟發展與公共衛生政策—以亞太經濟合作（APEC）為例

第十七週: 全球金融風暴造成心理健康問題

第十八週: 心理衛生於當代的角色及重要性

參考書目:

- A. Handbook of Health Economics, A. J. Culyer & J. P. Newhouse
- B. Health Economics, Victor Fuchs
- C. Health Economics, Charles Phelps
- D. Health Policy Issues: An Economic Perspective, [Paul J. Feldstein](#)
- E. The Politics of Health Legislation: An Economic Perspective, [Paul J. Feldstein](#)
- F. Journal of Health Economics & Health Economics：適合對經濟學有興趣的學生閱讀，有較多的計量模型，以歐洲的醫療保健議題為主。
- G. Health Policy, Health Affairs, Journal of Health Politics & Policy and Law：著重於制度和法律。
- H. 醫學類的 Journal of the American Association 與 British Medical Journal、醫管類的 Health Services Research 與 Medical Care：閱讀對象是臨床工作者與健康照護實務相關人員。

2) 教學方法

以有邏輯的方式呈現課堂主題。每週課程的價值定義討論，包括批判性思維之哲學定義、醫療經濟學詮釋與醫學應用。學生們則在期末就指定主題來舉行一場辯論會，以類似問題導向學習模式(Problem-Based Learning,PBL)，運用課堂所學以及自己搜尋研究的資料、討論與辯論後報告。學生是以辯論會方式進行並紀錄成書面報告為成績評估。使教學不再限於教師個人提供的靈感與創意，並且也連結學生理性與感性的一面。

3) 學生遴選及修課規定

學生遴選預計不做任何規定

4) 學生學習評量方式

請校內外專家學者以研討會方式呈現課堂主題，學生於會後繳交相關文獻搜尋以及心得，安排小組討論時間讓學生與老師互動討論時間。此外，安排學生們在期末就指定主題舉行一場辯論會，運用課堂所學以及自己搜尋研究的資料進行及會後心得加以統整記錄成書面報告作為成績評估。

5) 課程實行(包括人力資源、時間、設施、費用等)

99 上學期英文授課、下學期以中文授課為主、配置二名主要授課老師、一名教學助理，硬體設施由醫學系提供)

6) 教學助理之規劃:

教學助理協助老師與學生溝通橋樑並收集學生作業、點名、安排教室、統整資料等。

6. 考試、報告、實作規定

辯論會內容須根據課程主題發揮，如針對時事議題作為辯論題材。書面報告則包括相關資料收集及辯論會成果紀錄，資料來源須註明出處。

7. 學生需求評量

在學生需求方面，預計透過助教的協助，可請同學代為老師轉達，或直接與老師協調，如是全班性的議題則直接在課堂中提出討論。

四、計畫人力

計畫人力列表 (請依實際規劃自行增刪)			
計畫角色	姓名	任職單位(學校系所)	職稱
計畫主持人	范佩貞	國立陽明大學醫學院醫學系	<input type="checkbox"/> 教授 <input checked="" type="checkbox"/> 副教授 <input type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 講師
協同主持人	李偉強	台北榮民總醫院 醫務企管部副主任國立陽明大學醫務管理研究所	<input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 副教授 <input checked="" type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 講師
參與教師	范佩貞 李偉強 錢慶文		<input checked="" type="checkbox"/> 副教授 <input checked="" type="checkbox"/> 助理教授 <input checked="" type="checkbox"/> 副教授
兼任行政助理	李翊雲	銘傳大學風險管理與保險學系	<input checked="" type="checkbox"/> 學士級 <input type="checkbox"/> 碩士級
兼任教學助理	張家祥 涂繼方 陳潮方東	國立台北藝術大學台灣文學所 國立陽明大學公共衛生所國際衛生學程	<input checked="" type="checkbox"/> 碩士級 <input type="checkbox"/> 博士級

(1.多人以上組成的計畫團隊，請說明計畫主持人、協同主持人及其他計畫成員教學分工情形；2.請說明專/兼任助理分工及業務執行情形，若有關於專/兼任助理訓練之安排，請說明之。)

本計畫搭配協同主持人，99學年度上學期課程「醫療經濟學之初探與批判性思考」開課時主要人力配置共四名，2為授課老師，另1兼職行政助理，另一兼任教學助理，協助教師尋找上課所需資料並整理之。下學期課程修課人數達到配置兩名教學助理，協助教師課程準備及統籌整理同學作業。

計畫主持人

上課前，計畫主持人即授課老師，依照所蒐集之資料，以有邏輯的方式呈現課堂主題。每週課程的價值定義討論，包括批判性思維之哲學定義、醫療經濟學

詮釋與醫學應用。學生們則在期中就指定主題來舉行一場辯論會，以類似問題導向學習模式(Problem-Based Learning,PBL)，運用課堂所學以及自己搜尋研究的資料、討論與辯論後報告。學生是以辯論會方式進行並紀錄成書面報告為成績評估。使教學不再限於教師個人提供的靈感與創意，並且也連結學生理性與感性的一面。辯論完則由授課老師對辯論內容加以補充以及給予意見與講評。

兼任行政助理

協助課前教學各項準備，例如：講義的影印、安排專家學者演講聯繫，協助安排演講的時間表。為主要同學與老師的橋樑溝通，負責將同學的疑問透過電子郵件、電話等聯繫方式，

兼任教學助理

課前教室借用、硬體設施測試以及講義發放。協助老師搜尋此課程相關教材文獻資料，翻譯、統整，建立資料庫作為課程教學及教材參考用。此外，傳達同學對於課程的相關問題給授課教師，並負責協助老師答覆訊息傳達給同學。掌握同學報告的繳交狀況及安排報告時間。協助老師將同學作業收齊統整歸檔。

課程效益

經過兩學期「醫療經濟學之初探與批判性思考」的洗禮，同學在跨領域上運用批判性思維激盪出本身的人文意識與求真的思考方式。不同於傳統醫學系課程安排，透過這堂課的介紹可引領同學用不同的觀點來看待醫師這個職業，一來有助於同學探究經濟學的研究方式，透過不同角度的省思，引伸至醫療的領域，進而提高自己的醫學人文素養。

「醫療經濟學之初探與批判性思考」是堂可塑性高的課程，藉由專家分享其累積專業的過程，期能導引同學有正確的價值觀，在日後真正執行醫療相關行為或工作時，更能做出符合正義的判斷。

課程推動所遭遇之困難

經過兩學期的觀察，發現同學對於所探討的現今醫療體制的議題十分感興趣，為配合同學所提出的需求，期望日後針對現今醫療體制的議題能夠再做進一步的探討與分析，增加邀請合適的演講者以自身經驗、感想與學生們交換意見的機會，開闊學生不同的思考方向，培養學生更深入的思考。

五、計畫開設課程

(一) 開設課程整體列表

99 年度第一學期開設課程 (請依實際情形自行增刪)										
課程名稱	授課教師	開課單位	授課對象	必修 選修 通識	學分數	新開 續開	修課人數			若有教學助理，請註明
							男	女	總	
護理行政與管理－ 醫療經濟學之初探 與批判性思考	范佩貞 李偉強	護理學院	研究所(護理專班)	選修	2	新開		2	2	
醫療經濟學之初探 與批判性思考	范佩貞 李偉強	國際衛生學程	研究所	選修	2	新開	4	1	5	
				旁聽			2	6	8	
醫療經濟學之初探 與批判性思考	范佩貞 李偉強	人社中心	大學部	通識	2	新開	1	3	4	

備註:1.此門課程開放旁聽，「Introduction to Global Health」課程學生本學期全程參與聽講。
2.國際衛生學程學生來自美國、法國、越南、蒙古、非洲以及中南美洲…等等。
3.上課地點為本校醫學新館 312 教室，本學期因修課人數而採統一併班上課。

99 年度第二學期開設課程 (請依實際情形自行增刪)

課程名稱	授課教師	開課單位	授課對象	必修 選修 通識	學分數	新開 續開	修課人數			若有教學助理，請註明
							男	女	總	
醫療經濟學之初探 與批判性思考	范佩貞 李偉強 錢慶文	人社中心	大學部	通識	2	續開			47	合併授課且 修課人數達 到 50 人，依 人員進用辦 法配置兩名 教學助理
醫療經濟學之初探 與批判性思考	范佩貞 李偉強 錢慶文	護理學院	大學部、研究所	選修	2	續開			10	
醫療經濟學之初探 與批判性思考	范佩貞 李偉強 錢慶文	國際衛生學程	研究所	選修	2	續開		1	1	
醫療經濟學之初探 與批判性思考	范佩貞 李偉強 錢慶文	物理治療系	研究所	選修	2	續開	1		1	

備註：本學期上課地點為本校醫學新館 201 教室

(二) 單一課程評估表

第一部分：計畫及課程基本資料

科目名稱	醫療經濟學之初探與批判性思考		
授課教師	范佩貞	開課學期/學分數	991/2
開課院系所	醫學院/護理學院/人文社會中心/物理治療所	必修/選修/通識	通識/選修
修課限制	無		
開課時段	例如：99/9/13-100/1/7，每周一 17 點 30 分至 19 點 30 分		
修課人數	計 <u>19</u> 人 (男 <u>7</u> 人，女 <u>12</u> 人，學生科系年級背景及修課人數多寡之原因則於下方分析)		
科目名稱	醫療經濟學之初探與批判性思考		
授課教師	范佩貞	開課學期/學分數	992/2
開課院系所	醫學院/護理學院/人文社會中心/物理治療所	必修/選修/通識	通識/選修
修課限制	無		
開課時段	例如：100/3/7-100/6/13，每周一 17 點 30 分至 19 點 30 分		
修課人數	計 <u>58</u> 人 (男 <u>30</u> 人，女 <u>28</u> 人，學生科系年級背景及修課人數多寡之原因則於下方分析)		
課程目標及內容			
<p>本課程與教材發展計畫旨在帶領醫學生初探「醫療經濟學」並培養其批判性思維。經濟學是一門行為科學，亦即，以科學的方式探究人的行為。即便經濟學的研究方式是科學的，但經濟學最終關懷的對象是「人」，是一門對人文現象多所關注與研究的學門。傳統上，醫學系大部分課程係著重於生物機制、人體結構或藥理反應，甚少從「產業」或「市場」的觀點看待醫師這個職業，本計畫欲引領醫學生涉獵醫療經濟學，探究醫療體制與財務結構的相關議題，並透過跨領域的智識交流與激盪、培養</p>			

醫學生的批判性思維。醫學教育的目標是成就一批素質優良的醫師，而優良的醫師不僅仰賴醫術，尚取決於醫師本身的人文關懷意識與理性求真的思考方式。

課程主題分為台灣醫療保健概況、健康需求與醫療需求理論、健康衡量的實證研究、醫療需求的實證研究、醫師服務市場的理論、醫師服務市場的實證研究、醫療傷害責任制度與醫療糾紛、醫院服務市場的理論、醫院服務市場的實證研究、支付制度的經濟誘因探討、醫療保險的理論與實證研究、醫療保健服務的財務籌集、台灣的全民健康保險制度、全民健保制度的問題與改革方向、經濟發展與公共衛生政策（以APEC為例）、全球金融風暴造成心理健康問題、心理衛生於當代的角色及重要性。由醫療需求面切入，接著談論醫師服務市場和醫院服務市場，而後介紹醫療保健服務的支付制度和醫療保險，最後引進公共心理衛生，以此一日形重要的公共衛生議題做結。

教學進度

（請填寫每週教學進度及內容、指定閱讀教材、建議延伸閱讀資料及討論議題；如邀請校外講者，請載明其姓名、單位及職稱。）

99 年度第一學期開設課程

Syllabus

1. Introduction
2. Dr. Ching-Pu Chen :Life, Decision Making, and Attitude
3. Dr. Ching-Wen Chian: Hospital Administration: International Health Economy
4. Mr. Lin Chao : Health Economy and International - Ambassador's Experiences in Swaziland 用醫療經濟擴展草根外交
5. Dr. Jian-Ming Shi: Emerging tick-borne Lyme disease in Taiwan 傳染疾病帶來醫療經濟上的影響
6. Dr. Jeffery, Jyun-Yan Yang: Medical insurance theoretical and empirical study
7. No class
8. Dr. Chen, Lee-Kuei: Medical Malpractice(legal system): comparison among different countries
9. Dr. Angela Fan: Public Mental Health in Health Economy
10. Dr. Guan-Hua Huang: Statistics in Health Economy
11. David Chow: Fundraising in the VC industry & Introduction to Health Economy
12. Group Discussion
13. Debate Discussion
14. Dr. Lee Wc: 「Critical Thinking in Basic Health Economics」 Debate Conference
15. Tung-Ping Su: PTSD & Mental Health in Health Economy

16. Group Discussion
17. Dr. Chian, Chin-Wen: “Advancing Patient Safety in Taiwan—What has been done?”
18. Final Exam Week: Conclusion

99 年度第二學期開設課程

Syllabus

1. 課程介紹·總論
2. 元智大學資訊管理系 陳勁甫副教授：創造價值：如何決策
3. 小組討論
4. 國立陽明大學醫務管理所 錢慶文副教授：台灣醫院服務與醫療保健產業概況
5. 兒童節
6. 國立陽明大學社區護理所 劉影梅老師：醫療與教育的跨領域結合的實證經驗與政策介入
7. 台北榮民總醫院醫務企管部 李偉強副主任：醫院政策的實證研究與現今衛生政策的執行
8. 小組討論
9. 益富營養中心財務長 Mr. Howard Pan: What is Economics? And why you does it matter to you?
10. 台灣醫學大學醫學人文研究所 蔡篤堅教授：由社會學的角度看健保
11. 小組討論
12. 國立陽明大學物治系 李雪楨老師：腦中風發病一年內之醫療利用-死亡率及醫療費用追蹤分析-以健保承保抽樣歸人檔為基礎
13. 雅虎奇摩 亞太區資深產品行銷 尹明詩經理：An Introduction to System Dynamics
14. 小組討論
15. 端午節
16. 國立陽明大學醫學系 范佩貞副教授：各國健保制度辯論會
17. 期末考週

References

- I. Handbook of Health Economics, A. J. Culyer & J. P. Newhouse
- J. Health Economics, Victor Fuchs
- K. Health Economics, Charles Phelps
- L. Health Policy Issues: An Economic Perspective, [Paul J. Feldstein](#)
- M. The Politics of Health Legislation: An Economic Perspective, [Paul J. Feldstein](#)
- N. Journal of Health Economics & Health Economics：適合對經濟學有興趣的學生閱讀，有較多的計量模型，以歐洲的醫療保健議題為主。
- O. Health Policy, Health Affair, Journal of Health Politics & Policy and Law：著重於制度和法律。

P. 醫學類的 Journal of the American Association 與 British Medical Journal、醫管類的 Health Services Research 與 Medical Care: 閱讀對象是臨床工作者與健康照護實務相關人員。

學生學習評量方式及評量結果

校內外專家學者以研討會方式呈現課堂主題，學生於會後繳交相關文獻搜尋以及心得，安排小組討論時間讓學生與老師互動討論時間。此外，安排學生們在期末就指定主題舉行一場辯論會，辯論會內容須根據課程主題發揮，如針對時事議題作為辯論題材。書面報告則包括相關資料收集及辯論會成果紀錄，資料來源須註明出處。

課程實行投入的資源（包括人力資源、教學助理、時間、設施、費用等）

99 上學期以英文開課為主、99 下學期以中文開課為主，配置三名主要授課老師、一名兼職行政助理，硬體設施由醫學系提供)

兼職行政助理協助老師與演講嘉賓聯繫、安排時間，上課講義影印等。

兼任教學助理協助老師與學生溝通橋樑並收集學生作業、點名、安排教室、統整資料等。

第二部分：課程自評、分析及效益

一、本課程是否屬於新設課程？如否，其與原有課程差異為何？與原有課程整合程度如何？納入醫學專業教育改進計畫以後作了什麼改變？計畫若有突破傳統教學方式之處者，可詳細說明其創意及特殊規劃之構想。

本課程屬於新設課程。邀請校內外跨領域的專家學者以研討會方式呈現課堂主題。學生們在期末就指定主題舉行一場辯論會，運用課堂所學以及自己搜尋研究的資料進行並記錄成書面報告作為成績評估以及日後教材發展的參考資料。

二、本課程開設成功或失敗之原因分析(每項分析 300 字為限)

每個學生都具備學習的潛在能力，順應天賦並給予機會，學生就會自動學習。有效的學習必須靠學生自動自發，去發現結果。學習內容與實際生活息息相關，學習動機才會產生，學生也因此能學到真正的知識。課堂上安排小組討論，主張團隊合作學習，也藉此除了培養學生主動求知能力之外，更發展其人際溝通能力，養成團隊精神。以學生自學為取向的教學策略，強調學生們在教師的引導下進行學習、在合作學習的過程中追求新知、將學習內容與現實生活結合。而在團體輔導活動中運用辯論的方式，也就是教師提供一結構化的教學情境，提供符合生活經驗的學習材料，讓學生以小組合作的方式，主動探索學習，並在彼此論證思辯的過程當中，讓學生得以澄清想法進而強化行為，以達教學目標。學生們可從辯論會中學習獨立思考及判斷能力的提

昇，而非一味盲從書本的理論。因此，此種方式比演說或交談更能訓練學生周密的思考及正確的判斷。

倫理道德刺激我們於難題上做出選擇；而社會生態則挑戰我們對道德的定義與保衛。當醫生陷入倫理道德的天人交戰，唯有透過批判性思考，改變過去成見的思考模式，以邏輯式的方式，逐一抽絲剝繭洞察問題所在，才能將困境迎刃而解。我們期許未來所培養的醫生是個獨立批判思考的人，能提出緊要的問題，清楚而嚴謹的做有系統的陳述，收集適切的資訊，找到合理且有根據的解決方法，並對不同選擇的思考系統保持開放心態，評估其實際效用，以審慎思變為出發點，培養學生批判性思考及清晰調理邏輯化思路，看待問題精確嚴謹的眼光及複雜度，以強化責任倫理素養，使醫學生日後面對臨床與個人生涯中多元價值議題時，能做出道德判斷實現生命價值。

三、修課學生對本門課程的反應(每項分析 300 字為限，並以測量工具及結果匯整為附件)

在課堂中，學生們勇於在課堂上針對不同的議題去提出自己的想法與意見和講員們互動討論。課堂互動不僅激勵學生們動動腦、也可以藉著與不同領域的專家學者的專業知識，多元化的學習、全方面的涉獵。

在其他同學們的回饋方面，多數同學反應上此門課程後，覺得對醫療經濟有更多的涉獵以及提升對每件事物審慎思考的思維，藉著這堂課，同學們再次看到了許多生命中的感動，也對人生有著更多不同的看法。

四、本課程有無發展教材？若有，請略述其形式及內容。(細部規劃和進度，請於成果報告第六部份「教材發展與執行情形」中說明)

本課程有發展教材。其詳細形式及內容於報告書中第五部份「教材發展與執行情形」加以詳細說明。

五、本門課程及教材成果是否全屬教育部醫學專業教育改進計畫補助產出？如本課程含有與其他計畫合作或支援成果，請詳述其支援方式、共同合作成果及其與本課程計畫之關連。

是

六、授課教師發展本門課程所獲得的最大效益為何？是否達成原課程設計的目標？是否與既有專業課程整合？

就醫學教育而言，醫學是游走人性與非人性的掙扎，我們不僅要培養醫學生精湛的醫療技術和深入鑽研、不斷探索的科研能力，更重要是培養他們關愛生命，關愛他人且能明辨真偽是非的明智人文精神。柏拉圖曾對弟子說道：「孩子，你還如此年輕，數年後隨著歲月的流逝，時光會改變甚至顛覆你的想法。因此不要過於防備、堅決，將自己想像為萬物的最高裁決者。」

七、本門課程於計畫結束後是否仍持續開設？若持續開設，請授課教師提出對本門課程的預期效益；若不開設，請說明原因並提出建議。

仍會繼續開設此門課程。我們期許未來所培養的醫生是個獨立批判思考的人，能提出緊要的問題，清楚而嚴謹的做有系統的陳述，收集適切的資訊，找到合理且有根據的解決方法，並對不同選擇的思考系統保持開放心態，評估其實際效用，以審慎思

變為出發點，培養學生批判性思考及清晰調理的邏輯化思路，看待問題精確嚴謹的眼光及複雜度，以強化責任倫理素養，使醫學生日後面對臨床與個人生涯中多元價值議題時，能做出道德判斷實現生命價值。

六、教材發展與執行情形

撰寫中之教材及課綱列表 (請依實際規劃自行增刪)		
教材 / 課綱名稱	撰寫人	進度規劃
醫療經濟學之初探與批判性思考	范佩貞 講員 助理 部份學生	Introduction Health care industry overview (Taiwan and other countries) Dr. Ching-Pu Chen :Life, Decision Making, and Attitude Theories of human's health and medical needs Dr. Ching-Wen Chian: Hospital Administration: International Health Political and Economic Strategies for Global Health Ambassador Leonard Chao: Taiwan's Grass-roots Diplomacy in Swaziland Empirical study of the health measures Dr. Jian-Ming Shi: Emerging tick-borne Lyme disease in Taiwan Empirical study of medical needs Dr. Jeffery, Jyun-Yan Yang: Medical insurance theoretical and empirical study Empirical study of physician services market
		課程介紹·總論 元智大學資訊管理系 陳勁甫副教授：創造價值：如何決策 小組討論 國立陽明大學醫務管理所 錢慶文副教授：台灣醫院服務與醫療保健產業概況

		<p>國立陽明大學社區護理所 劉影梅老師：醫療與教育的跨領域結合的實證經驗與政策介入</p> <p>台北榮民總醫院醫務企管部 李偉強副主任：醫院政策的實證研究與現今衛生政策的執行</p> <p>益富營養中心財務長 Mr. Howard Pan: What is Economics? And why you does it matter to you?</p> <p>台灣醫學大學醫學人文研究所 蔡篤堅教授：由社會學的角度看健保</p> <p>國立陽明大學物治系 李雪楨老師：腦中風發病一年內之醫療利用-死亡率及醫療費用追蹤分析-以健保承保抽樣歸人檔為基礎</p> <p>雅虎奇摩 亞太區資深產品行銷 尹明詩經理: An Introduction to System Dynamics</p> <p>各國健保制度比較</p>
--	--	--

七、經費使用情形（含自籌款）

（一）經費運用表

計劃代碼：									
計劃名稱：教育部部份補助-醫療經濟學之初探與批判性思考									
執行期間：99/08/01~100/07/31									
經費用途	(A) 預算數	(B) 實支數	(C) 核銷 簽證數	(D) 暫付數	(E) 暫付 簽證數	(F) 請購 未銷數	(G)=(A)-(B~F) 餘額	B/A*100 執行%	A-G/A*100 動支%
人事費									
業務費									
其他費用									
合計：									

八、整體績效自評、建議及未來規劃

經過一學期之開課過程，從同學精彩的報告中發現，對於年輕學子來說，雖可能對於經濟學涉及不深且尚未培養自己對於事物求真的能力養成。但透過課程精細地安排、專家精湛的分析，卻仍能帶領年輕學子用跨領域的觀點去思考不同的意義，重新好好規劃未來將會面對的事件，反思任何事件對於自己生命所帶來的意義，甚至是提前預先探討未來未必能從容應對的兩難議題，並將此段反芻過程幻化成心靈的成長。

“I thought it was interesting how he explained that his staff and those who work at the hospital have higher salaries than him, who runs the planning of the international divisions. This makes it seem like the governments who invest are like Robin Hood, taking from the rich and giving to the poor. While this is a comforting sentiment, I believe that it probably likely that some of the less wealthy patients are neglected as a result of international health, but these potential negatives are eclipsed by the potential positives of an international health division in a hospital.”

同學的迴響更使我們堅定對於開設「醫療經濟學之初探與批判性思考」課程的理念。透過跨領域的觀點，除讓同學初步了解醫療經濟學外，更引發他們去思考與更進一步的成長。

“I am so thankful for the session as it helps to understand why certain people are acting or behaving the way they did. I now came to realize that it all depends on the environmental influences that influence us that shape us to who we are. People do what they do because they have their reasons for doing so. One needs to actually go and be part of that society to appreciate the way they do things in order to fully understand that society.”

“The above argument falls in line with Dr. Ching’s explanation of a rationally valid decision. The ideas about what makes a poor decision I also thought to be enlightening.”

“經由這一學期的課程，在加上期末的辯論會，我學會了很多思考的方法，例如：System Thinking，讓我在看一件議題的時候，懂得用更加批判的角度去思考。這次的期末報告，讓我對美國的健保有了更深一層的了解，我覺得對我們在思考相關問題時可以用較開闊的角度去探討，我們可以繼續注意及觀察他們對健保及醫療體系改革的想法與做法。”

“這學期的醫療經濟學之初探與批判性思考請了很多來頭不小的演講者來演講，除了讓我們有幸接觸這些優秀的講者，還讓我們開闊了自己的眼界，從簡單基礎的經濟學，到牽扯到因素很多的醫療經濟，到各國的健保制度，最後的一堂辯論課更是精彩，大家胸有成竹地走上講台，不但做足了對自己負責國家健保制度的準備，更瞄準了敵方的漏洞火力全開的攻擊，我覺得這是個十分難得的經驗，藉由辯論賽，我們可以在搜尋資料中查看該國健保的優缺點，並利用批判性思考，讓自己的腦袋瓜思索該如何改善，或是藉由參考別國的健保特色，而規劃出一套最合宜的制度，雖然說制度是永遠不可能做到全面的完善，再怎麼樣考量，總會有少部分的人沒有得到最好的保護與照料，而且就我們現在才大一生的觀點而言，健保制度的缺漏、臨床上可能會面臨的難題，都好像還是很遙遠的東西，有幸能夠在還沒被這些現實壓垮的時候，就早點認識與接觸這些未來必要面對的兩難與抉擇，實在是一個很好的體驗與訓練。”

“經過本學期的課程，我對醫療經濟有更深一層的認識。從各個講師的演講中，我學會了從不同角度去觀察台灣、以及世界其他的健康保險制度。課程一開始的陳勁甫教授教了我們 decision making，用理性的思維去做出經濟學中最重要的一件事---選擇。接下來，李偉強醫師深入淺出地為我們介紹了台灣健保制度的沿革，以及各種保險計費制度：論量計酬，論件計酬，DRG…等。而後，Howard 領著我們從另一個角度去看待台灣的健保制度，區分了 insurance 和 savings 的概念，台灣自豪的健保，其實可以視為一種 health tax，這是我從未想過的觀點，給了我很大的啟發。蔡篤堅老師則是引導我們用批判性思考去檢視台灣的醫療體制和身為醫學生的我們，醫學不僅僅是一門科學，其特殊之處就在於其中牽涉了和病患、同業、社會…的互動，如果我們輕忽了檢討的這個動作、缺乏用批判性思考審視自我行為的能力，那麼我們就很容易走向一條歧路，也不配成為一名「醫者」。之後，Jacqueline 和我們分享了她在 MIT 學到的一門分析科學---System dynamics，我學會以更宏觀的視野去分析整個 system，而且我了解到我們所做的每個決定，都會影響整個 system 的運作。而其他老師和我們分享他們做研究的過程，也令我獲益良多。到了學期末的辯論會，同學們精心準備的報告，讓我在短短的一節課裡面，大略的整握了世界各國的醫療制度，以及他們所遭遇的難處。最後的提問時間，更激發了我們對這個議題深入的思考。”

“每次的課程，都是一個全新的體驗。其中，學會了從非傳統醫者或病人的角度來看待醫療行業，其實從經濟學的角度來看事情，一點也不罪惡，而是一種在資源有限下，做出最好抉擇的策略方式。而透過檢索各式各樣的資料，輔以本身的經濟學知識，我對醫療行業的經濟面越來越感興趣，也有更深一層的了解。而講者都是職場上的成功人士，透過他們的分享，我們也了解到了許多全球現況和一些未來醫療行業可能的趨勢。也學會了一些利用資料庫檢索來做研究的方式。而「系統性思考」則是幫助我們做出對的抉擇，畢竟，隨著我們的

年齡增長，對社會的責任也越來越重，要如何面對一些重大的決定，其實真的是人生最重要的課題。”

在跳脫課本教室之外，醫學是一門以人為服務對象的學科，醫療的過程不僅僅是對疾病的治療，更是對人和人性的關懷，比照於文本與現實、過去、現在甚至未來，經驗的傳承在醫學領域是絕對重要的，透過邀請不同領域的演講學者與學生們分享其專業知識的分析與探討，甚至職場上發生的價值觀爭議事件都可與同學做經驗分享，讓參與課程的同學能夠感受到所發生的真實故事體驗。以上課所學習及累積的價值觀為基石，正面思考與切身息息相關的議題並與自身所學產生對話交流，在這樣的對話過程中逐步提昇調整同學心中的價值觀，了解用不同的角度、不同的感受去回顧我們的周圍，去看到更多、更細微的事物。

九、附錄



榮幸邀請駐史瓦濟蘭大使一趙麟先生來到本校演講，演講主題：「台灣，用經濟拼草根外交。」



台灣禮來股份有限公司醫藥學術處一楊俊彥處長，演講主題：「新藥研發產業的經營策略」



台灣大學醫學院－陳李魁醫師，演講主題：「Medical Malpractice(legal system): comparison among different countries」



元智大學資訊管理系－陳勁甫教授，演講主題：「Value Price: Decision Making」



學生於學期末舉辦辯論會－辯論主題：「Healthcare System Comparison」



榮幸邀請益富中心財務長 Mr. Howard Pan 演講



課堂互動



課堂分組活動

榮幸邀請到雅虎奇摩 尹明詩經理演講

Gregory Mandell:
Critical Thinking in Basic Healthcare Economics

Development, Spending, and Reform: Healthcare Economics in the United States

Healthcare, in its administration, outcomes, access, and equality, is one of the most important issues of modern life. Of the few things that we can count on in life, one is that people will always need medical care. Because if this, the decisions we make on a daily basis regarding healthcare, as well as the more grand decisions in healthcare policy made by our governments, are deeply woven into our overall quality of life. The United States is no exception.

Healthcare plays an important role on the plane of economics. Some of its influence is direct: how is health care paid for, the cost of premiums, the cost of services, all making up an important part of a monthly/yearly budget. Some of the economic influence of healthcare is more subtle. For example, the fact that often people can lose their jobs because they cannot get adequate healthcare to get back to “working strength” has an effect on the economic development of the nation along more indirect lines. With the rising trends in unemployment in the US, this is clearly a problem that we need to tackle as soon as possible.

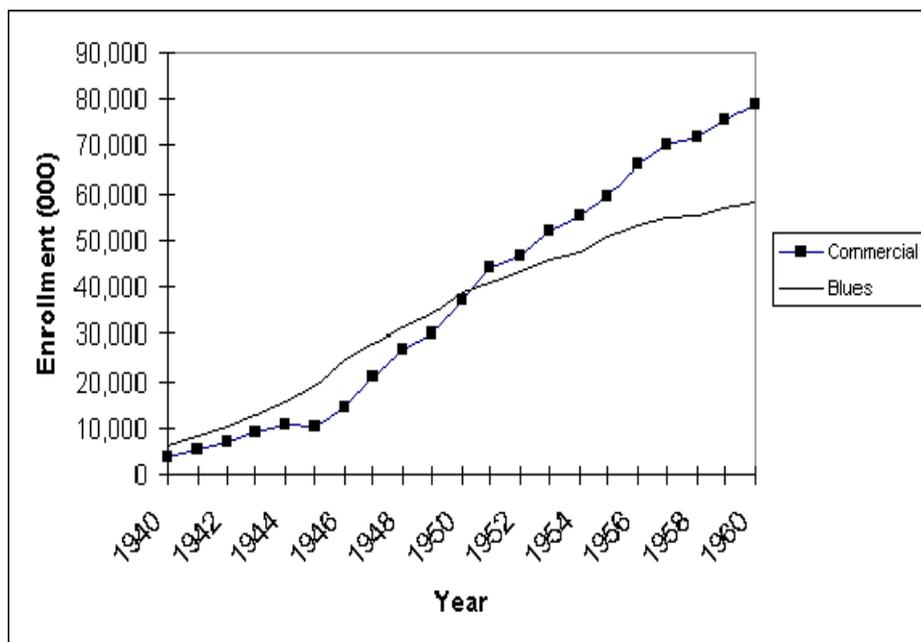
History of Healthcare in the US

Healthcare in the 19th century began with insurance plans in working unions in Texas. Initially, due to the fact that medical technology had not advanced very far, health care costs were low. Plans were more for sickness than preventative healthcare. Because of lost revenue due to lack of work while sick, people bought insurance plans to reimburse the costs of not working while sick. Most people weren't interested in buying actual private health insurance plans, so most companies decided not to offer them. This general feeling was mirrored by the defeat of all early proposals of nationalized health insurance. In the 20's and 30's, industrialization gave way for the shift from rural to urban centers, rising wages, and rising employment rates. As a result, people now had more income, and healthcare seemed like a good way to allocate it. As demand increased, so did development, with the development of new medicines and practices. Concurrently, the way medicine was taught in the US was changing. Schools were requiring longer study periods, and creating new exams to make entrance and graduation rates more competitive. As the costs for becoming a doctor increased, so did prices (Thomasson, 2010).

In 1934, hospitalization could account for up to 40% of annual household bills. As a result, there was a rise in hospital insurance plans to help protect people in the event of hospitalization. Many of these plans joined together, and Blue Cross was born. These plans not only helped the consumer, but ensured that the hospitals would have a steady stream of income and patients.

By the 1950's, many employers were using the addition of health insurance plans to their benefits packages to overcome the government wage freezes imposed during the war. Between 1940-1960, the healthcare industry exploded. After the success of Blue Cross

and Blue Shield (the physicians version of Blue Cross), many private companies entered the mix. Because they were not npo's, private companies could adjust their premiums and rates how they wanted, which allowed them to charge different rates to different groups or populations. This meant that healthy groups would have premiums set at lower prices, while more at risk or sick groups would pay higher premiums. This balancing of the scales allowed private companies to be very competitive with Blue Cross/Blue Shield (2010).



In 1965, Medicare and Medicaid were created. Both of these government healthcare programs are funded through taxes. Unfortunately, it seems that neither will be able to stand the test of time without significant reform. With the aging of the population (most importantly the baby boomers), and the rising unemployment rates, it seems that the money being put into both Medicare and Medicaid will not be able to cover the costs of those using it.

As healthcare costs began to rise steeply between 1980 and 1995, more and more companies began entering the commercial insurance market, causing the healthcare system to become increasingly more complex as providers needed to co-ordinating with a growing number of companies (2010).

Currently, the US government spends between 17%-19% of its GDP on healthcare, whereas in 1960 it was only 5.1%, this increase is staggering (2010).

The Current State of Expenditure

Health care expenditure in the United States can be looked at from a number of different perspectives. The first, and perhaps most global view, is from that of government spending. Between 1960 and 2002, the US government increased its public healthcare spending from 25% to 46% of its total budget (US Government, 2005). The coming of age

of the baby boomers, the faltering of social security, and the need to continue to fund Medicare and Medicaid are all contributing factors. As these government expenditures for healthcare increase, more and more money must be borrowed, which forces the government into deeper debts. Economists agree that deficit reduction is paramount to any plan for reform.

An integral point of access for health insurance is employment. In 2003, approximately 60% of Americans had employer-based insurance. For this reason, we must take the employer perspective into account when we examine healthcare economics. Rising health care costs have begun to drastically impact profit margins, which has caused many employers to change the coverage they offer their employees to less inclusive types of plans. It can also affect hiring practices, as companies paying pensions are more financially strained. Many companies decide to combat this issue simply by raising the price of their goods. For this reason, healthcare spending is a direct cause of inflated prices for consumers. Some companies have even gone so far as to no longer offer health care to their workers, or by inflating the portion of the cost on the employees. This is an especially important issue when discussing retirees'. Many companies have eliminated health insurance from their retirement plan packages. Much in the same way that social security is failing, the increasing number of retirees, combined with the rising costs, have become an incredible financial strain on employers. Unfortunately, this is often one of the key factors in medical bankruptcy, which accounts for more than 50% of the bankruptcy proceedings today (2005).

We can also look at spending through the eyes of the employees. Rising healthcare costs for employers are passed down to employees by reductions in wages, or increases in the cost-sharing. If these are not viable options, employees may be required to work more hours. If none of these options work, employees may face mass layoffs. It's also interesting to note the fact that temporary employment rose by 9% between 2003 and 2004, whereas the overall labor force only showed a 1% increase. This shows a trend for employers to fill jobs with temp workers, as they do not need to offer them the same benefits package as a regular full time employee (2005).

These are only some of the ways that spending affects the economy of the job market. We cannot forget how many Americans are employed in the healthcare industry. Healthcare is truly an issue with its tentacles interwoven into the fabric of a much greater economic tapestry.

Finally, we must look deeper into the spending trends and behaviors of individual households. First, it's important to note that families that put importance on healthcare spending may have better health outcomes and improved health status, which can increase productivity. Unfortunately, as costs go up, it means less and less people can afford insurance, and are forced to pay out of pocket for their medical expenditures. A study

looking at US families in 2003 showed that 20 million reported that they couldn't afford the cost of their medical expenses. This puts important economic weight strain issues on the household budget as a whole. Money that would be used to buy consumer goods, or saved must be re-allocated toward doctors bills. For middle and upper level income brackets, this strain can be dealt with. However, for those with low socioeconomic status, the choices may be more dire. Unlike an upper middle class family, who may not be able to buy as nice an automobile due to medical costs (for example), those who are in the lower income levels may have to use money that would be used for regular living costs to pay for doctors. In 2003, a study showed that 63% of its sampled families who had issues paying for medical bills, also reported that they had difficulty affording necessary life expenses such as food, and clothing. Further, important medical care may be forgone in order to pay these house bills (2005).

An interesting consequence in the United States is the fact that nearly 6 million Americans reported treatment from CAM (complimentary and alternative medicine) doctors. This is because CAM care is not as widespread in the US, and doesn't carry the same financial cost burden that traditional western medicine does. Many insurance companies do not even cover CAM. So, when an individual cannot afford health insurance and becomes ill, it's only natural for them to explore less costly options (2005).

Medical Bankruptcy in the US

On the plane of individual economics, one of the biggest issues plaguing the United States right now is the issue of medical bankruptcy. An integral piece of this is catastrophic spending. Catastrophic spending can be defined as a sudden, large, and unexpected expenditure on medical expenses. Previous studies have set a level of catastrophic spending at 40% of household income. A study published in 2009 across 5 states showed that catastrophic medical expenses were the primary factor in almost 50% of bankruptcy filings. In 1981, this number was only 8%. Obviously, as healthcare costs grew in unison with the number of uninsured, in conjunction with more stringent additions to litigation of bankruptcy. This particular study, performed by Himmelstein et al. and published in the American Journal of Medicine, had a number of important findings. First, most of the medical debtors (60.3%) were well educated (attended college) and fell into the middle class. This is important because it shows that issues with healthcare costs are not strictly limited to people in lower income quartiles. Furthermore, between 2001 and 2007, medical bankruptcies rose by 50% (not to be confused with the above statistic for the percentage of total medical bankruptcy filings). These issues are further complicated by the fact that sickness itself causes a loss of income. This means that bills causing catastrophic medical expenditure are significant causes of bankruptcy, that are then compounded by the fact that the actual sickness they usually are related to, cause the patient to be unable to work.

Universal Healthcare In the United States

One of the most important issues in US healthcare is involving the recently passed reform bill, putting into place a universal health care system to help bridge the gap between those who can and cannot afford insurance. The simple fact is that in the United States, health care for those above the age of 65 accounts for more healthcare spending than that of the entire population of any other country in the world (Torrey, 2010).

The current number of people without health insurance has been reported at 45 million. At first glance, this number is staggering. However, more specific investigations call this statistic into question, as the number includes illegal immigrants, and those who make above \$75,000USD a year without healthcare (meaning they presumably make enough money to pay out of pocket and not necessarily need coverage). Even with this, there remains a growing number of people in the US who need healthcare, and simply do not have access either monetarily, or through other socioeconomic road blocks. Between 2003 and 2007, average healthcare premiums have risen 73%, while wages have only increased 15%, and inflation 14%. This demonstrates that the rising healthcare costs far outweigh the economic development of the citizens of the United States (Messerli, 2010).

Currently, private healthcare administrative costs can range from 6%-30% of profits from premiums. For this reason, many people have suggested expanding the Medicare Model. Medicare in the US currently spends only 2% on administrative expenses (2010).

One important issue of universal healthcare in the US is that of altruism. In order to pay for the new program, taxes must be raised in order to generate revenue. President Obama's reform calls for a tax to be raised. Through this, the federal deficit can be reduced \$143 billion dollars over the first decade, and 1.2 trillion over the second decade (Correction, 2010). Part of the reason that this is possible lies in the fact that there are hordes of uninsured whose sole option for medical care is the emergency room of public hospitals. Due to medical law, the hospital must treat them for serious illness/injury. Because they cannot pay, the burden of uncovered cost is put on the backs of the taxpayers. This factor means that even though there is the perception of an added expense with raised taxes, this cost is being paid for anyway with the current structure.

Universal Healthcare can also help with catastrophic healthcare expenditure. As previously identified, over 50% of all bankruptcy filings in the United States result from overextended budgets for healthcare. Universal healthcare will make access and services affordable, as it will make the production of generic drugs easier by not allowing pharmaceutical companies to find patent loopholes (Messerli, 2010).

Healthcare in the US is also a function of employment, because only through a large employer are premium rates low enough to be affordable for most citizens. As a result, loss of employment usually results in loss of healthcare, which is then difficult to re-attain if someone has a pre-existing condition. Universal Healthcare in the US will lower

premiums enough so that employment will no longer go hand in hand with access to healthcare, so even those who may lose a job will still be covered, *even with pre-existing conditions* (Langer, 2011).

Needless to say, universal healthcare is not a perfect system. However, the positive consequences for covering more citizens, reducing the federal deficit, and creating a more balanced and fair system to administer access means that it is certainly a step in the right direction for the future of the USA.

Concluding Comments

While above are outlined the issues surrounding the development of and the workings of the current US healthcare system, it's also important to remember that to have an accurate view of the total economy, you must see things from multiple perspectives. Along these lines, is important to note that while many people do not have access to healthcare, and that costs are incredibly high, and there are a number of problems, the high end of US healthcare is very productive. Revolutionary new drugs are being developed in the US to fight cancer, HIV, and a number of other diseases plaguing the world today. US doctors, while paying incredibly high mal practice premiums, are among the highest paid in the world. New procedures and technologies that do incredible things are developed every day to help improve the lives of those that need healthcare. So, as discussed, there is a lot of money changing hands in the healthcare sector. Working for a pharmaceutical company, or an insurance company, is a very stable job choice in the current conditions. However, to forget the fact that healthcare, in its inception, exists to help people live better, healthier, more productive lives, would be a travesty of ignorance. So while the capitalist system may be functioning as expected in the US, it has left far too many out in the cold. Hopefully, the coming reforms can work towards remedying these issues and help take the values of positive progress and merge them into a system that works for everyone, not just those with an above average bank account.

References

Correction Regarding the Longer-Term Effects of the Manager's Amendment to the Patient Protection and Affordable Care Act" (PDF). Congressional Budget Office http://en.wikipedia.org/wiki/Congressional_Budget_Office. December 19, 2009.

Retrieved December 30, 2010.

Himmelstein, D. U. et. al. (2009). Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. [Editorial]. *The American Journal of Medicine*, *x(x)*.

http://www.pnhp.org/new_bankruptcy_study/Bankruptcy-2009.pdf, 1-6.

Langer, Gary. *Health Care Pains: Growing Health Care Concerns Fuel Cautious Support for Change*. 9 Jan. 2011. ABC News. 9 Jan. 2011 <http://abcnews.go.com/sections/living/us/healthcare031020_poll.html>.*

Messerli, J. (2010). *Should the Government Provide Free Universal Healthcare for All Americans*. Retrieved January 02, 2011 from Balanced Politics: http://www.balancedpolitics.org/universal_health_care.htm.

The United States Government. The Assistant Secretary of Planning Evaluation. The U.S. Department of Health and Human Services. *Effects of Health Care Spending on the U.S. Economy*. Feb. 2005. 5 Jan. 2011 <<http://aspe.hhs.gov/health/costgrowth/>>.*

Thomasson, Melissa. *Health Insurance in the United States*. 1 Feb. 2010. Economic History Association. 1 Jan. 2011 <<http://eh.net/encyclopedia/article/thomasson.insurance.health.us>>.*

Torrey, T. (2010). *Understanding Healthcare Reform*. Retrieved December 30, 2010 from About.com, Patient Empowerment Issues: <http://patients.about.com/od/patientempowermentissues/a/hcreform-hub.htm>.

Thai Healthcare: Cost Effective on a Global Plane

Healthcare is one of the most important facets in everyday life on this planet. One thing that we can always count on is the fact that people will always need some form of medical care throughout their life. The administration, access, and outcomes associated with medical care are not issues limited to any one country; they affect both the developing and the developed countries. Today, nearly all of the world's developed nations have some form of universal health care. In countries that are developing, such as Vietnam, Thailand, and many Sub-Saharan African Nations, universal health care systems allow access to care for people who otherwise would have no coverage. Thailand exists today as a premier example of how universal healthcare functions in the developing world of 2011. Health services in Thailand in some areas are considered so cost-effective and strong that many people choose to leave their home countries to get treatment there. This is known as medical tourism. This new-age subcategory of commerce is booming in Thailand, and is one of the reasons why their healthcare system has been receiving so much attention. This is not to say that the Thai healthcare system is perfect. Obviously, just like in any other situation, there are inherent pitfalls. Specifically, issues involving the lack of general practitioners and a lack of preventative medicine are of the highest concern. The current focus is on their UCS, or universal coverage scheme which offers a wide range of services to more than 75% of the Thai population.

The Structure of Thai Healthcare

The current system of universal coverage in Thailand was initiated in 2001, but it wasn't until April of 2002 that the country had made the full scale conversion and activation of the programs. One of the most important issues in Thailand was the

lack of access among its citizens due to the cost of care. The objectives of their new healthcare proposals were to provide at least some level of coverage to as many citizens as possible, by making healthcare more widespread and affordable; this means the focus was more on access than outcomes. While this creates a problem, as the question “what good is it to give everyone healthcare if the services are poor?” in order to develop an effective healthcare system, I believe that access is first and foremost the initial step. Once a vast majority of citizens have access, then you can begin to improve the overall service, because there will most likely be areas that do in fact have substantially positive outcomes. The healthcare reforms in 2001 and 2002 gave coverage to 96.4% of the Thai population (Somkotra & Legrada, 2009).

Thai health insurance coverage is divided into 3 major schemes: CSMBS, SSS, and UCS. CSMBS is the Civil Servant Medical Benefit Scheme, which is financed through general taxes levied by the Thai government (Thailand's Health Financing System Summary, 2004). This particular type of coverage is for government employees, as well as their dependents. In 2004, those covered under the CSMBS made up 10% of the total Thai population. The SSS is the Social Security Scheme, which covers private employers and their employees. Through SSS, approximately 11.2% of the total population is covered through capitation, with 1.5% of the cost being levied from 3 sources: the employee, employer, and government (2004). Finally, the most important piece of the reform is the UCS, or the United Coverage Scheme. Also known as the 30 Baht Project, the UCS covers the self-employed, as well as the rest of the Thai population not covered in either of the two schemes. This represents 78.8% of the total Thai population, and is funded by general taxes, and a co-payment for services rendered (30 Baht, hence the name) (2004).

Table 1 Thailand's health financing system: Summary

	CSMBS	SSS	30 Baht Scheme
Population groups covered	Government employees, public sector workers and dependents	Private employees	Self-employed and the rest of the population not covered by CSMBS and SSS
Estimated population coverage in 2004 (as a % of total population of 65.1 millions)*	10.0 %	11.2 %	78.8 %
Financing			
Source of financing	General tax	4.5% (1.5% each from the employee, employer and government) **	General tax and co-payment
Financing agent	Ministry of Finance (MOF)	Social Security Office	National Health Security Office (NHSO), MOPH
Provider payment method	Fee for services and DRG	Capitation	Capitation
Health expenditure per capita in 2003	3,800 baht	1,830 baht	1,414 baht***

Notes: * Health and Welfare Survey (HWS) 2004, National Statistical Office (NSO)

** From 2004 on, the contribution rate has been adjusted from 3% with 1% each of the employee, employer and government

*** Estimated by Sirina, health expenditure per capita of the 30 Baht Scheme in 2004 is 1,614 baht

The benefits for Thai's enrolled in the UCS include both inpatient and outpatient services, as well as some preventative care. One of the most important additions to the UCS was the coverage for Anti-Retro-Viral drug treatments for HIV/AIDS patients, as well as benefits including treatment for those who've had kidney transplants (The Joint Learning Network, 2011). The UCS also allows for standardization of certain costs of service, which allow for high cost health interventions to be given to those that previously were unable to afford them. These high cost service include but at not limited to:

- Chemo for cancer
- Radiation therapy for cancers
- Open heart surgery including prosthetic cardiac valve replacement
- Percutaneous transluminal coronary angioplasty
- Coronary artery bypass grafting
- Stent for treatment of atherosclerotic vessels
- Prosthetic hip replacement therapy
- Prosthetic shoulder replacement therapy
- Neurosurgery
- Antiretroviral treatment
- Renal replacement therapy including kidney transplants for patients with end stage disease

(Joint Learning Network, 2011)

Other than the inclusions in the UCS system, how care is administered and accessed is of paramount importance. Thai UCS covers both public and private clinics and hospitals, along with both inpatient and outpatient services. In an effort to ensure that the private clinics meet the standards set by the government that have been established in public facilities, any private facility is subject to investigation by the government health agency before being included as a port of access for the UCS.

Flagship facilities for the UCS are known as primary care provider unites, or PCUs, and are the standard in care giving across the country. PCU's are given specific zones or districts with which they are expected to be able to administer services to. PCUs can be primary, secondary, or tertiary care providers, each with specific criteria for classification. As they are subject to this specificity, they are automatically part of the UCS system, and do not require the same scrutiny and investigation that the private facilities do (2011).

Comparing Costs and Medical Tourism

Medical tourism is sweeping across Thailand. The generally low cost of living, inherent in its healthcare, as well as its healthcare quality, make it an

attractive option. The truth is that the overall cost of procedures in Thailand pales in comparison to a country like the United States. Because of the structure of the healthcare system in Thailand, they can offer low cost services without sacrificing quality. One reason for this is that the costs *for* the actual providers have been stabilized through the government system. Malpractice insurance, for example, is necessary for every practitioner in the US, and premiums are exorbitantly high. As a result, doctors in the US need to raise their prices in order to cover their costs and still maintain their high profit margins. The cost control for Thai providers means that they do not have all the added expenses that doctors in other countries have. Below is a chart comparing the prices for a number of procedures in the USA, Singapore, and Thailand (\$USD):

Procedure	USA	Singapore	Thailand	India
Heart Bypass	130,000	18,500	11,000	10,000
Heart Valve Replacement	160,000	12,500	10,000	9,000
Angioplasty	57,000	13,000	13,000	11,000
Hip Replacement	43,000	12,000	12,000	9,000
Hysterectomy	20,000	6,000	4,500	3,000
Knee Replacement	40,000	13,000	10,000	8,500
Spinal Fusion	62,000	9,000	7,000	5,500

(Lamb, 2007)

From this table, it is easy to see that many procedures in the United States are cost-prohibitive, while their counterparts in Thailand are far cheaper. A heart valve replacement in Thailand costs approximately 6% of what it costs in the United States. This, of course, begs the question, “Am I sacrificing safety, quality, and comfort for \$150,000?” Obviously this is a subjective question, but currently it seems that at least in relation to specialists, Thai providers offer an expert level of care along with their cost-effective pricing. It is also important to note that while prices are even lower in India, people prefer Thailand over India. This is because Indian healthcare is not as well funded, and is generally considered to have a low quality of care, both in facilities, staff, and crowding.

Between 2003 and 2007, the healthcare industry saw a 54% increase in growth. This growth ensures that the Thai healthcare market is not only competitive on a global scale, but will continue to do so as future reforms do more and more to

improve upon the platform they are already operating on.

It's important to note that while the UCS offers affordable service to the Thai population, this medical tourism is not necessarily equivalent in terms of cost. This means that while costs for procedures may be much cheaper in Thailand than in the United States, \$10,000 USD is still considered a large amount of money, and that people rarely find themselves with this amount in disposable assets. For this reason, quality health insurance from a home country is important in the medical tourism industry (2007). This is compounded by the fact that on a global scale, the medical market inflation is proceeding along an exponential curve, and shows no signs of slowing down.

Pitfalls of Healthcare in Thailand

While low cost, high quality, and medical tourism make Thailand's health system important on a global scale, it is not without its weaknesses. First and foremost, while the UCS incorporates facilities for primary care, this does not mean that there is a plethora of them. A majority of healthcare in Thailand lies in specialty (as this is where the highest revenue exists as well). For this reason, it makes it more difficult to find general practitioners in local clinics for low level medical problems (Shortcomings of Health Care in Thailand, date unknown). This becomes especially difficult when you look at the fact that most medical problems do not exist in a vacuum. There are important co-morbidities, and clusters of problems that may exist together that a specialist may not be as equipped to deal with as a general primary care physician. For the most part, in order to find a GP, you must go to a local hospital, where you may need to sort through the specialists assigned to your problem.

Another problem in Thai Healthcare is the issue of moonlighting. This describes providers with multiple jobs in multiple care facilities. This means that most doctors employed by hospitals do not have full time schedules (Shortcomings of Health Care in Thailand). This creates a number of problems in the administration of care, such as a lack of doctor-patient interaction. It is often difficult for patients to get in contact with their doctors as they are constantly traveling around to the multiple clinics where they are employed.

Thailand also lacks an important facet of healthcare that is often forgotten in the evaluation of health care systems: Emergency Transport. This is an aspect that has not been developed by the government health association yet, and adequate EMT training programs are still nascent if existing. In examining a city like Bangkok, where the traffic patterns are consistently clogged, even if ambulatory care was strong, there would be sufficient lag time in the transportation from emergency site to hospital. This is further complicated by the moonlighting issue,

where it is entirely possible to arrive at the hospital and there not to be a certified cardiologist able to perform urgent surgery (using heart attack as an example) (Shortcomings of Health Care in Thailand).

Paying for your emergency care may present still other issues. Those admitted to hospitals, even in emergency situations, are often asked to pay up front. This represents significant issues as far as medical ethics (Shortcomings of Health Care in Thailand). In the United States, emergency treatment is given on delivery, and patients are billed after they have been stabilized and treated. While altruistic, this causes one of the problems with American medical care today: that many people receive treatment they then cannot pay for. Either way, this ethical issue is important to know and should be further developed upon through future reform.

Important Lessons from Thai Healthcare

With healthcare as such a hot button issue in today's society, especially with the United States developing a new plan of universal healthcare, Thai health reform can offer the world a number of important lessons from its experiences. First, it shows us that this kind of large scale shift is in fact feasible. While Thailand represents a developing country, this does not mean some of its experiences are not analogous to other economic scenarios. It also shows us the importance of health reform going hand in hand with financial reform. In order to make sure large-scale changes, there must be substantial changes made to *pay* for such programs. Not only must we think about the transitional phase, but we must also think long term, as sustainability is also a measure of efficiency. Thailand's reform is often described as a "big-bang" reform. This means that instead of a phased change, the healthcare system is in effect shifted upon an extremely short time scale. This style caused an issue because the Thai government created a single purchasing entity that was separate from the primary care units: a purchaser-provider split (Hughes and Leethongdee, 2007).

This new relationship dynamic needs time to be tweaked and adjusted in practice, as it involves a large amount of moving parts, and can lead to a bureaucratic slowdown in funding for care facilities. This is further complicated by the simple fact that not everyone was in favor of reform. Reform consolidated all the private insurance schemes into the government options, and capitation was expected to be the major force of the change in fund dispersion. This proved to be a serious problem due to the resistance, and created biases in administration, with little check on executive power. These are all things that need to be taken into account when other countries work through health care reform, especially if there is political instability.

Conclusions

Thai healthcare, while still in relative infancy, represents an incredibly fertile market for development economically, technologically, and as an important role model for a healthcare system in a nation that previously had very few wide range insurance options. The spotlight it receives from a global standpoint makes it even more relevant and important, as people from all over the world come to Thailand to receive medical treatment. This means that the Thai healthcare system has now become an integral piece of global healthcare politics. While many of the Thai health reforms have strengthened the nation as a whole, providing coverage and a relatively high level of service for both foreign and national patients, it is not without its flaws. Development must continue, especially in relation to issues of emergency care, both ambulatory, as well as ensuring proper staffing of all facilities. It will also be important for the integration of medical records to be strengthened, as the influx of foreigners will complicate medical record keeping and patient histories, crossing borders from Southeast Asia to the Americas. On the whole, the Universal health coverage in Thailand can teach us many lessons about effective healthcare, and will continue to grow, flourish, and be woven into the future of global healthcare, as technology makes the world smaller and smaller with each passing day.

References

- Hughes, D., & S, L. (2007). Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 baht reforms. *Health Affairs*, 26(4), 999-1008.
- Lamb, Michael. *Health Insurance: Thailand*. 9 Jan. 2007. Escape Artist. 9 Jan. 2011 <http://www.escapeartist.com/efam/94/art_health_insurance_thailand.html>.*
- Shortcomings of Health Care In Thailand*. 9 Jan. 2011. Thaiwebsites. 9 Jan. 2011 <<http://www.thaiwebsites.com/shortcomings-thai-healthcare.asp>>.*
- Somkotra, T., & Legrada, L. P. (2009). Which households are at risk of catastrophic health spending: experience in Thailand after universal coverage? *Experience, Web Exclusive*, w467-w477.
- Thailand's Health Financing System Summary (Health and Welfare Survey)*. 9 Jan.

2004. 9 Jan. 2011 <http://econ.tu.ac.th/journal/material/v24n2p73_2.pdf>.*

Thailand: Universal Coverage Scheme. 9 Jan. 2011. The Joint Learning Network for Universal Coverage. 9 Jan. 2011 <<http://www.jointlearningnetwork.org/content/thailand-universal-coverage-scheme>>.*

醫學一 劉士朋

台灣健康保險制度

台灣全民健康保險從84年3月開辦至今已屆滿15年。人民因病而貧，因貧而無法就醫治療的情況確實獲得改善，而在降低民眾就醫財務障礙以及提升民眾就醫可近性等方面均具有相當成效；特別是低保費、低行政經費與高納保率，一直是衛生署及中央健保局所標榜的重要施政成果。此外，由於全民健保屬於強制性的社會保險，其主要宗旨在增進全民健康與公平就醫，目前除監所收容人與失蹤人口以外¹，其餘均已納入保險體系，納保率高達99%。全民健保可說是完整地整合了過去多樣社會保險，而成為目前國內最大的醫療保險體系。

雖然全民健保以相對低廉的保費提供齊全的醫療照護，得到大家的肯定，然而民眾的健康照護需求是永無止境的，在有限的醫療資源下，不可能滿足病患所有要求。再加上全民健保自實施以來，不斷擴大給付範圍，雖然嘉惠了更多弱勢族群以及重大傷病患者，但也加重了財務負擔。尤其是健保支出已遠超過保費收入，而保費調漲政策又面臨極大爭議，加上人口持續老化及高科技醫療與新藥品不斷的研發與引進，都將使得捉襟見肘的健保財務雪上加霜。值得注意的是，近年來我國醫療保健支出占國內生產毛額（Gross Domestic product, GDP）的比率與國際經濟合作暨發展組織²（Organization for Economic Co-operation and Development, OECD）國家一樣呈現上漲的趨勢。這個比率

的上升，意味著社會整體資源投入醫療產業的比率，與非醫療產業相對而言，正在持續增加當中；而這也代表著政府在健康照護政策執行上正面臨著更沉重的財務負擔。

民國87年起，全民健保支付制度由以往的論量計酬逐步修正為總額預算制度；91年全面實施之後，購買醫療服務的方式，由以往回溯性的支付方式改為前瞻性的預先給予額度限制，這也導致健保給付項目因為總額預算支付制度的實施帶來了壓縮的效應。

雖然有助於解決全民健保日漸窘迫的財務困境，但在醫療資源之提供有明顯限制的前提下，反而更容易突顯資源分配是否公平與合理的爭議。

「醫療資源所指涉的範圍廣泛，舉凡：資金、技術、產品、人力、土地皆可視為不同類型的醫療資源。在台灣，健保幾乎是醫療服務的獨買者³（monopsony），加上就醫可近性高，醫療人力與土地資源配置的問題並非各界所爭議的焦點。反倒是資金技術與產品等類型資源之提供與分配的重要性，在健保具備醫療服務獨買者的特質以及兼具政府角色的情況下更顯其重要性。醫療給付範圍也就代表著資金、技術與產品等類型資源配置的綜合具體表現，醫療給付範圍的設定，決定了看病拿藥、健康檢查到重大傷病的醫療程序，是否包含在健保給付範圍之中，其影響範圍之

深遠可見一般。」⁴

「給付範圍的改變，不僅是以給付項目內容的設定與調整，更包含新研發的醫療項目之增減，每項決策都事關重大。尤其當給付範圍涉及重大傷病療程的考量時，因重大傷病療程與用藥都需要負擔龐大的醫療開銷，屆時給付範圍之決策幾乎可能直接判定病患生死。但健保資源有限，若將給付範圍無限上綱、無所不包，又會因為醫療支出膨脹過度，健保營運困難甚至倒閉，使更多人失去保障。」⁵世界衛生組織將「享有可能獲得的最高健康標準」(the enjoyment of the highest attainable standard of health)視為人民的基本權利之一，不因種族、宗教、政治信仰、經濟與社會條件而有區別。隨著世界衛生組織的倡導與推行，「健康是基本人權」已成為當代社會的普世價值。健康照護的功能在於降低痛苦、改善生命品質、得到工作機會與擁有幸福。因為健康照護屬於特殊的社會財，必需優先於其他社會財被滿足。政府負有責任與義務來保障及促進人民的健康，但也因為健康照護的資源有限，因此亦需要國家機制來分配資源以達到公平正義的目標。各國政府在制定健康照護政策的同時，也因為人民日益增加的健康照護需求，容易導致財務負擔加重以及醫療資源分配不均的爭議產生。面對不斷研發的新式醫療器材與新型藥品，政府在滿足人民健康照護需求的同時，勢必面臨給付範圍不斷擴大的財務支出與負擔，在醫療資源有限，健康照護需求卻是無窮的情況下，決策者如何取決有限的醫療資源，合理分配以及其優先分配順序，將

是各方重視的關鍵。丹尼爾斯將羅爾斯的公義理論進一步擴展到健康照護的領域，提供了一個羅爾斯式的「公義的健康照護」(Just health care)理論，以保持和達至公平均等機會(fair equality of opportunity)為健康照護的基本原則，並論證社會應以公平均等機會原則作為健康照護的道德原則，因為健康狀況對個體能否享有公平平等的競爭機會影響很大，因此社會有義務來滿足每一個體的基本健康需求，並且進一步說明社會健康照護政策應該如何公平進行醫療資源之分配。「健全的健康照護制度亦是守護社會公義的機制之一，所要達到的公義目標就是讓每一個體在正常的物種功能之下進行競爭，也就是在「公平均等機會」之下對社會資源進行競爭。因此，一切的醫療政策和設施都能以這個原則作為評斷的依據。他的健康照護公義理論影響力日益增強的原因，不只是因為他所依據的是西方主流的公義理論，而且是因為他能有力地延伸他的健康照護公義理論結合許多經驗研究結果，去展現這個理論的豐富的理論後果，更重要的是他把公義健康護理理論推展到更實質的醫療資源公平分配上，進而分析各種健康照護改革方案，成為世界各國在衛生政策改革時重要的參考指標。」⁶許多醫療改革常遷就社會輿論與現實經濟因素，導致改革不一定是對最需要者最有利，對國家整體之發展也不見得是最健康。健康照護受到當前許多國家的重視，相關政策不斷的與時俱進，目的就是希望能提供人民最需要的健康照護。然而在資源有限的前提下，應如何進行公平分配？建議政府在社會經濟層面以外，更該進一步考量倫理規範之層面。如果單憑市場機制去制定健康照護政策，根本無法真正貼近人民的醫療需求，畢竟並不是所有需要醫療服務的人，都有能力去購買所需要的醫療照護；甚至城市或鄉下、大型教學醫院或小型區域診所、以及醫護人員的配置多寡，也會影響到市場的反應與病人的權利。如何將醫療政策、市場機制、與倫理價值三方，作完整地與妥適地參酌考量，這將是一個可大可久的健康照護體制之必要條件。

醫療保險具有特殊價值，因此公選擇凌駕於私選擇。在全民健康保險制度初期發展階段，醫療成本尚未成為政府主要負擔時，為了凝聚人民的向心力與認同，效率不是最優先的考慮。然而隨著

醫療科技的進步，對醫療照護的需求大增，全民健保的成本也急遽升高，使得許多政府開始積極正視健康照護政策的財務支出，這是健保制度改革的濫觴。大部分的改革對策是醫療成本管控，但是隨著醫療科技日新月異，健康照護的給付範圍日益增加，醫療成本負擔也就逐漸加重。一旦政府醫療成本管控失當，就會讓醫療品質是否合理與醫療資源分配是否公平之爭議更為彰顯。反觀國內，面臨調漲保費的政策，又再度引發醫界與全民的不安，以及健保制度設計失當以及醫療資源分配不均的爭議。健保費用年年喊漲，全民健保財務收支的赤字問題一直相當嚴重，包括190多億的藥價黑洞問題⁷、各縣市積欠的736 億保費⁸問題，再加上健保財務缺口到98 年底已增至新台幣600 億元，中央健康保險局似未善盡開源節流責任，又涉有浪費健保費用等情事。單憑「調漲保費」這項政策是否就能挽救瀕臨破產邊緣的健保體制？此舉的確有待商榷！

全民健保現行制度

一、目前組織架構

我國全民健保為政府主辦之社會保險，以行政院衛生署為主管機關，中央健康保險局為保險人，承辦全民健保所有相關業務³²；並為有效管理全民健保各項業務，提升運作效益，設立六個分局³³推動相關業務。此外，在行政院衛生署之下規劃設立全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會等三個委員會協助規劃及監督保險事務。全民健保屬於強制性保險，主要宗旨是全民納保與獲得平等醫療服務的權利。因此凡具有中華民國國籍，在台灣地區設籍滿4 個月以上的人³⁴都必須參加全民健保。此外，持有居留證明文件，並符合全民健康保險法所定被保險人資格或眷屬資格者，自居留滿4 個月起亦可參加全民健保為保險對象，以保障自身就醫權利。

依全民健康保險法第六條：「本保險由主管機關設中央健保局為保險人，辦理保險業務」；另依第八條規定，被保險人分為六類：（一）第一類：政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。公、民營事業、機構之受雇者。前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。雇主或自營業主。專門職業及技術人員自行執業者。（二）第二類：無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。（三）第三類：農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。（四）第四類：應服役期及應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。服替代役期間之役齡男子。（五）第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。（六）第六類：榮民、榮民遺眷之家戶代表。第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。全民健保法在第四條、第五條與第四十八條規定，衛生署必須組織三個委員會就健保局的業務和政策作出監理和審議。

（一）全民健康保險監理委員會。主要監理全民健保之保險業務，事項如下：（1）保險政策之提供（2）保險法規之研究（3）相關諮詢事項。由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成。

（二）全民健康保險爭議審議委員會。負責審議全民健保被保險人、投保單位和保險醫事服務機構之間對保險人核定之案件發生爭議事項。由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成；而被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提出訴願與行政訴訟。

（三）全民健康保險醫療費用協定委員會。為協定及分配醫療給付費用。費協會組織成員如下：

(1) 醫事服務提供者代表 (2) 保險付費者代表與專家學者 (3) 相關主管機關代表。費協會主要是按健保法之總額支付制度法規，與各界之代表進行協商，訂定每一年度之總額和分配的方式，如門診與住院費用分配比率、各專科醫療服務之分配比例、協定超出總額之藥品費如何由總額中扣除之比例等。因此，費協會職掌了協定以及分配醫療給付費用，每年在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健保之醫療給付費用總額分配，以及協定各地區門診及住院費用之分配比例。

以上三個單位均以委員會的方式設立，並依據其成立目的進行業務運作。此外，健保局之下設置了包括醫務管理處³⁵、醫審暨藥材小組³⁶、總額支付委員會、醫療給付協議會議³⁷、醫審委員會、藥事委員會、特財委員會等組織單位，分別處理健保相關業務。

其中，醫療給付協議會議為隸屬於醫務管理處底下的一個決策委員會，主要任務為協商醫療支付範圍的調整，包括醫療項目給付與否以及支付點數的增減。醫審委員會、藥事委員會與特財委員會則均隸屬於醫審暨藥材小組之下，藥事委員會與特財委員會是針對新研發或引進的新藥與各項醫療所需之器材，進行成本、效益與安全性等各式評估，並由審查委員會提供是否納入給付的說明建議。

二、基本保險制度

全民健保係為財務自給自足、自負盈虧的社會保險，以隨收隨付³⁸ (pay as you go financing) 維持短期財務平衡，不以累積盈餘為目的，只須依法推持一個月安全準備。目前保險財務收入主要來自於：被保險人、雇主及各級政府所共同分擔的保險費，少部分為當年度外部財源挹注安全準備後先行提撥補充保險收入之財源，包括保險費滯納金³⁹、公益彩券分配收入⁴⁰、菸品健康福利捐⁴¹等補充性財源。為維持全民健保財務的平衡，依全民健康保險法規定，保險人至少每兩年精算一次保險費率，在維持全民健保財務獨立自主精神下，呈現未來25年之保險財務收支預估及平衡費率結果，供主管機關作為費率調整決策及長期籌劃全民健保財務之參考⁴²。

(一) 保險費的計算：全民健保保費由被保險人、投保單位及政府共同分擔。在第一、二、三類保險對象是以民眾的投保金額為計算基礎；第四、五、六類的民眾則是以所有參加全民健保的保險對象之每人保險費的平均值為計算基礎。全民健保之保險費率自開辦到91年8月底前皆為4.25%⁴³，自91年9月起調整至4.55%，今年4月1日起費率調漲為5.17%。(二) 投保金額之訂定：在投保金額方面，第一類至第三類被保險人之投保金額，由行政院衛生署擬訂分級表，報請行政院核定，自96年8月起共有46級。第一類民眾的投保金額，由投保單位依民眾每月的薪資所得，對照該表所屬的等級申報；第二類職業工會會員最低投保金額應按投保金額分級表第6級起申報；第三類民眾的投保金額目前為21000元⁴⁴。

(三) 醫療給付範圍：參加全民健保的保險對象，經繳交保險費並領取健保卡後，凡發生疾病、傷害、生育事故，皆可憑卡至特約醫院及診所、特約藥局、指定醫事檢驗機構等特約醫事服務機構，接受必要及完整的醫療服務。全民健保所提供：(1) 醫療服務包括：門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目。

(2) 治療照護的範圍則包括：診療、檢查、檢驗、會診、手術、藥劑、材料、處置治療、護理及住院病房等⁴⁵。

(四) 部份負擔，建立「使用者付費」觀念：自全民健保開辦至94年6月底，門診與急診部分負擔已進行多次調整。為鼓勵民眾小病到當地診所就醫，需要進一步檢查或治療時再轉診到大醫

院（例如區域醫院），自94年7月起施行轉診制度，以促使全民健保資源的有效運用，門診基本部分負擔亦配合修正之46。

（五）支付制度：自91年7月起，全面實施醫療費用總額預算支付制度，醫療費用總額預算支付制度為一種前瞻性、宏觀（macro）調控醫療費用上漲之方法，但仍須透過支付基準等微觀（micro）配套策略，如論病例計酬、論質計酬等改革方案47，才能達到改變診療行為，減少浪費的目的。

全民健保的醫療費用支付方式，在各部門總額之下，仍以「論服務量計酬」為主，並逐步推動「論病例計酬」及「論質計酬」，以提升醫療服務品質、促進國民健康。醫療服務診療項目之支付標準，除論病例計酬係採包裹給付48外，相同之診療服務多訂定相同之支付點數，而點數之合理性，除依各界建議不定期協商調整外，有關特定診療項目，於93年7月起開始導入以醫療資源耗用愈多，則支付點數愈多之相對值表制度。截至97年11月論病例計酬的項目總計有五十四項49。基於全民健保不僅是為民眾購買醫療，更要落實為民眾「買健康」50的理念，自90年起推動「醫療給付改善方案」51，採取論「品質」付費的支付方式。原先公告實施之疾病項目為子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病及氣喘等五項；除子宮頸癌方案自95年起業務移由國民健康局辦理外，該年亦於西醫基層診所試辦高血壓醫療給付改善方案，96年更擴及醫院執行，另結核病醫療給付改善方案自97年起導入支付標準全面實施辦理。99年1月新增「精神分裂症醫療給付改善方案」52。期望藉由各類照護的整合與支付制度的規劃，發展確保醫療品質的支付方式，提升照護的成效，達到以最符合成本效益的原則，提供高品質服務的目標53。

（六）審查制度：依全民健保醫事服務機構醫療服務審查辦法第二條，全民健保送審服務案件審查之目的在對特約醫療院所提供之醫療服務項目、數量、適當性及品質作審查。醫療服務案件之特色在「量大」54以及「申報案件具醫療專業性」，因此，健保局之審查方法主要為由申報資料進行「電腦審查」。另外，抽樣調閱部分病歷送請審查醫師「專業審查」，並採重點管理。總額支付制度實施後，醫療服務專業審查已委託相關醫事團體辦理。醫療院所申報醫療服務之審查，可分為「程序審查」與「專業審查」。

（1）程序審查包括：保險對象之資格、保險給付範圍之核對、保險支付標準及藥價基準正確性之核對、申報資料填載之完整性及正確性、檢附資料之齊全性、論病例計酬案件之基本診療項目之初審、事前審查案件之核對、其他醫療服務申報程序審查事項等8項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，依前述程序審查發現有違反全民健保相關法令規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。

（2）在專業審查部分，醫療專業之審查規範之訂定，均經相關醫療專家會議討論訂定。由於申報案件具醫療專業性，因此，審查醫師皆來自醫界，健保局對審查醫師，除辦理業務說明外，亦舉辦各科審查醫師會議，尋求對醫療專業見解之共識。依全民健保法規規定，醫療院所如對健保局初次核定結果有異議，得提出申復，由健保局委託其他審查醫師複審；醫療院所如對複核結果仍有異議，得向全民健保爭議審議委員會55申請爭議審議，由其所聘任之其他醫療專家審查及委員會審議，健保局則依全民健保爭議審議委員會審定結果辦理56。

醫療費用總額支付制度

批判性思考

壹 醫療糾紛之癥結

醫療糾紛也可稱做醫療爭議，依行政院衛生署所做的定義：當醫師或是其他的醫事人員進行醫療行為時，因病患或是家屬親友對醫療過程和後果不滿意，與醫師或是醫事人員之間發生的糾紛，稱之為醫療糾紛。而醫療糾紛通常可分為兩類，一類為廣義的醫療糾紛，另一類為狹義的醫療糾紛；廣義的醫療糾紛，是以醫病關係為中心所發生的一切爭議，包括所有的爭議、意見等，自病人就診時開始至診療結束，任何一個治療階段中都有可能發生醫療糾紛，包括 1. 費用爭執 2. 醫德與態度的爭執 3. 醫療傷害責任歸屬的爭執；

1. 費用的爭執，因為有時醫療費用會高出病人家庭所預想，可能因為效果並未如預期的顯著，所以病人不願意全額支付而引發了醫療糾紛；
2. 醫德與態度的爭執，在進行醫療服務的過程中，醫生並沒有仔細聆聽病患述說病情導致沒有做最恰當的診療或醫護人員並未妥善控管自己的情緒。
3. 醫療傷害的爭執，最主要原因是因為在醫病兩方面認知上的不同，醫生覺得這樣做沒什麼錯誤，但可能因為病患從其他文獻中斷章取義，而有錯誤的醫療知識而和醫院有了爭執。

而狹義的醫療糾紛專指第三類「醫療傷害責任歸屬的爭執」，包括因病人在醫療過程中遭受傷害所產生的責任歸屬，或是醫師與病人或醫師與病人家屬間，在醫療過程中對醫事人員不滿而向法院提出民事或刑事訴訟。通常所指的醫療糾紛乃指狹義的醫療糾紛^[1]。

一. 有過失未必有責任，有責任未必要歸責

錯誤≠過失≠責任：醫療過失發生的主因包括醫療知識的不確定性，專業訓練不夠，醫事人力的不足，過度工時導致人力疲勞，醫療器材設計的問題等。

錯誤不等於過失 ---看法律評價，如墮胎不罰未遂犯，過失也不一定代表有責任---視因果關係，如產前超音波檢查，沒看出胎兒 Limb Reduction Defect 或心手症候群。

二. 什麼是無過失責任

(一)無過失責任有三種說法

一是一般人口語中的無過失，也就是沒有過失，非過失，零過失，完美無缺。

二是法律上的無過失，指的是不論對錯，無關過失，只要相對人有所損失，就要負責任。法律上的無過失責任又可分絕對責任，嚴格責任兩種，前者是結果責任，後者必須舉証已盡防止義務而免責。

三是醫事法上的無過失，為因應疾病本身的錯綜複雜與醫療行為的不確定性，可再細分為無關過失責任，非過失責任，與沒過失責任三種：

(二). 醫事法上的無過失

1. 非過失責任 liability without fault

其中非過失責任是以過失之有無為分類基礎，其相對者為過失責任。非過失責任含醫療不幸 medical mishap 與醫療意外 medical accident 兩種：

(1). 醫療不幸是指可預知的合併症或副作用，醫師只要事先已善盡告知後同意的說明義務，即可免責。

(2). 醫療意外則為不可預知，不可抗力之意外或天災 acts of God, 甚至與醫療行為都完全沒有因果關係者。

2. 無關過失責任 liability regardless of fault

而無關過失責任以損失之有無為分類基礎，其相對者為壽終正寢 natural death 或疾病使然 natural course 之沒過失責任。無關過失責任包含所有造成醫療傷害之醫療事故 medical incident 者，其範圍較大，因只論及有否損失，故亦涵括過失責任與非過失責任在內。

3. 沒過失責任 no fault no liability

沒過失責任，即指自然死亡 natural death 或自然病程 natural course 而言，其傷害或損失與醫療行為無關者。

貳 賠償乎?補償乎?救濟乎?補助乎?

一. 賠償 indemnity 者，以不法之侵權行為，致使他人受損害時，因而填補其所受之損害，謂之賠償。補償 Compensation 者，指根據該法所指定的人員敲定的額度提供的金錢補助，而不是指針對不法行為或違反合同依法起訴所獲得的補償性賠償金。救濟 Relief 者，指由國家向貧困者提供財政幫助。補助 Remedy 者，可通過在民事法庭進行訴訟取得，也可以在可能的情況下通過當事人之間的磋商取得，或通過對他方威脅要提起訴訟的方式取得，並有療傷止痛的治療之意。

二. 醫療傷亡結果與責任負擔態樣

「過失責任要賠償 Indemnity」，「非過失責任要救濟 Relief」，「無關過失責任要補償 Compensation」，「沒過失責任要補助 Remedy」之原則

	賠償 Indemnity	補償 Compensation	救濟 Relief	補助 Remedy
責任歸屬	過失責任	無關過失責任 (危險責任, 嚴格責任) Liability regardless of fault	非過失責任 Liability without fault	沒過失, 無責任 No fault no liability
醫療原因	醫療疏失 Medical Negligence	醫療事故 Medical incident	1. 醫療不幸 Medical Mishap 包括可的醫療合併症或醫藥副作用 2. 醫療意外 Medical Accident 包括不可預料, 不可抗力的天災 Acts of God	1. 自然死亡 Natural death ---壽終正寢 2. 自然病程 Natura course ---疾病使然
原則與理論	1 損害填補原則(民法第 216 條:損害賠償, 除法律另有規定或契約另有訂定外, 應以填補債權人所受損害及所失利益為限。) 2 不當得利禁止原則	1. 報償責任理論: 利之所存, 險之所擔 2. 危險控制理論 3. 危險分擔理論	社會救助: 配合國家政策下, 國家需有配套救濟制度	沒過失, 就無責任
法源依據	民法賠償責任 1 侵權行為 2 債務不履行 民法第 184 條: 因故意或過失, 不法侵害他人之權利者, 負損害賠償責任。	<u>強制汽車責任保險法</u> 第 7 條: 因汽車交通事故致受害人傷害或死亡者, 不論加害人有無過失, 請求權人得依本法規定向保險人請求保險給付或向財團法人汽車交通事故特別補償基金請求補償。	1 藥害救濟法第 4 條: 因正當使用合法藥物所生藥害, 得依本法規定請求救濟 2 預防接種受害救濟基金徵收基準及審議辦法。	道義責任, 非法定責任

參 基金乎?保險乎?

一. 風險管理決定因素——幅度與頻率

風險管理決定因素，一般是以損失幅度與損失頻率之高低來決定，以醫療糾紛來說若發生頻率很低來講，賠償的幅度也很低，那就「風險自留」，自己管理就好了；如果發生頻率高但是賠償額低，就要用「損失控制」，以減少事故的發生為主；而如果發生頻率低但是賠償額高，就必須要用保險的機制來做「風險移轉」。風險管理決定因素如下表所示：

風 險 管 理 決 策 因 素		損 失 頻 率	
		低	高
損 失 幅 度	低	風險自留	損失控制
	高	風險移轉	風險規避

風險管理決策之擬定，仍以「損失頻率」及「損失幅度」之巨微為參酌之指標危機就是轉機，除非轉行不當醫師，或全面採取防禦醫療行為，醫師要完全風險規避是不可行者，而鑑於醫療結果的不確定性，人為的試圖減低損失頻率，即減少醫療事故發生率的損失控制亦是明顯窒礙難行。所以在實務方面，醫師只有選擇妥善應用「風險移轉」，的方式，即藉由司法醫學研究，訂出醫學中各科別重要疾病的醫術法學規則，而使損失頻率減低，並在醫療糾紛民事責任方面，再藉由無關過失補償及其他賠償、救濟及道義補助的概念，以全面減少民眾使用訴訟解決的勞費，及以刑逼民造成鉅額的損失幅度，方能為醫療糾紛的困境找出轉機。

二. 基金乎?保險乎?

在民事責任負擔方面，不論是賠償、補償、救濟或補助，都可分別採取「基金」或「保險」的兩種模式解決，即上述四種責任負擔機制又都可選擇要採用「基金」的方式，或採用「保險」的方式付諸實現。所以過失責任時可用「院內基金」或「醫師醫療糾紛互相基金」的方式賠償，當然也可以用「專業責任保險」方式理賠；無關過失責任時可以用沈富雄或賴清德立委所提案的「醫療傷害補償基金」的方式，也可採用本文建議的「醫事人員強制責任保險」理賠；而非過失責任可以用「醫療風險救濟基金」方式救濟，也可以用「意外險」的理賠方式保險醫療意外；沒過失責任可以用互助基金或院內基金，先行予以受害人一筆定額慰問金的發放，當然也可以用道義保險完全理賠。

而「基金」或「保險」的最大差別就在於基金模式是一分一毛拼湊，大家有錢出錢，有難同當，但損失多少就要能賠多少，且只是一賠一的硬碰硬而已；若改以保險模式來說，保險之目的係在分散風險消化損失，即以較少之保費獲得較大之保障。醫師與保險公司採對價平衡原則，如婦產科醫師年交 8-9 萬保費，保險事故發時時最高可理賠到 200 萬，全年累積理賠可達到 400 萬，依保險大數法則下有一賠廿以上的倍率，何樂而不為?但主要是因為國人，尤其是醫師族向

來都沒有以保險金分散風險觀念，又仍一味迷信採取基金方式，結果根本不足以應付日益攀升的民事賠償鉅額。表列如下：

責任種類	負擔方式	目的	基金模式	保險模式	出資或保費分擔比例
過失責任	賠償	填補病人損害，保障醫師財產權	1. 院內基金 2. 醫師醫療糾紛互相基金	醫師專業責任保險	醫師自行全額負擔 --利之所存，險之所擔
無關過失責任	補償	保障醫療受害人	醫療事故(或醫療傷害)補償基金	醫事人員強制責任保險	醫療傷害案例中有26%為醫師過失引起，醫師至少負擔四分之一以上保費
非過失責任	救濟	政策性社會救助	醫療風險救濟基金	1. 醫療平安險(意外險，第三人利益保險契約) 2. 醫療風險救濟保險	醫師非過失責任，為配合國家衛生政策，應完全由國家社會救助金支出(彩券收入等)
沒過失責任	補助	醫師道義責任	慰問金：醫師醫療糾紛互相基金	1. 慰問金附加在醫師專業責任保險 2. 道義保險	醫師自行全額負擔 --利之所存，險之所擔

肆 解決醫療糾紛民事責任靠制度

一. 第一層事故補償：針對醫療傷害之醫療事故，以「醫事人員強制責任保險」為主，輔以「醫療事故特別補償基金，」提供基本保障

醫事人員強制責任保險必須強制每一位醫師與醫事人員都要參加，並由中央健保局為每位醫事人員負擔百分之五十的保費，醫師與其他醫事人員不分科別，保費一元化原則。針對無關過失責任，只要發生醫療事故，不問對錯，無關過失問題，只要病患有損害就予以限額理賠，由醫院或醫師協助被害人向保險人申請，即由保險人經過簡單的「因果關係排除法」的檢驗，最晚必須在三個月內完成理賠作業，給付項目可包括(1)殘廢給付(2)死亡給付，但有一定之限額。

(一) 醫事人員強制責任保險，不問對錯，無關過失，只要病人有損害，「醫事人員強制責任保險」就予以限額基本保障補償

醫事人員強制責任保險可以讓醫療受害人迅速得到理賠，所以可以有三大好處：一是當作醫療糾紛和解調解的籌碼。二是減少訴訟勞費。三是醫療糾紛自然去刑化，而代以緩起訴或緩刑。若被害人不再進行訴訟，即可立竿見影解決百分之七十二的醫療糾紛了。惟被害人仍保留訴訟權利，即使領到補償金仍可控告醫師，只是進入司法程序後，則必須踐行醫療鑑定程序，就當事醫師醫療行為有否符合醫護常規，並且檢驗醫療行為與醫療事故的因果關係，而來決定醫師有否醫療過失。雖施大法官認為強制保險就賠償額所為之規定，並無排斥民法有關規定之效力，縱使受害人已依強制保險對價規定獲得賠償，若其實際損害超過強制保險之賠付額者，受害人仍得依民法規定向加害人求償，換言之，強制保險之原始目的僅在對受害人盡速提供基本保障，不在作終局之解決。

(二)輔以「醫療事故特別補償基金」---特別補償基金的適用範圍

若醫療事故不在醫事人員強制責任保險承保範圍內時時，由醫療事故特別補償基金負責賠償，此等醫療事故包括：1. 未投保醫師，包括實習醫生，見習醫生與護生。2. 加害人不明，或不到加害人時。3. 找不到因果關係的醫療事故，如猝死症。4. 不在已成立的救濟補償類型範圍內之醫療事故。均比照醫事人員強制責任保險理賠金額，給予受害人基本保障的權益。

二. 第二層風險救濟：針對醫療不幸與醫療意外的醫療風險，統籌成立「醫療風險救濟基金」制度，予以定額救濟。

若醫療事故符合現行已在運作中的各種不同的醫療風險救濟基金者，優先類型化適用，並由醫事人員強制責任保險人代受害人申請，且所領之救濟金並不自強制責任保險理賠金額扣除，要協助醫療受害者能多得到一層保障。其多元化的內容包括有：

1. 藥害相關：財團法人藥害救濟基金會、人道補助藥害血友病患作業說明
2. 預防接種相關：預防接種受害救濟要點
3. 生產風險相關：研議中的生產風險救濟基金。
4. 其他醫療意外：日後並期望由政府出面整合現有之所有風險救濟制度，設立「財團法人醫療風險救濟基金」組織，截長補短統籌運用，只要是發生醫療意外，醫療非過失責任下，一筆由政府的基金會提供醫療受害者風險救濟。

三. 第三層損害賠償：針對過失責任，以「醫師專業責任保險」負責損害填補責任

若証實醫師確有醫療疏失，即醫師有醫療過失，必須負起損害賠償責任，而可由醫師專業責任保險負責大部份的理賠金額。

。可採用專科醫學會員集體投保的方式，高同質性的大數法則之下必可減免不少保費，高危險科別仍可另加保倍數保險，以應付鉅額賠償的趨勢。並循序漸進，依以下步驟進行研究：

1. 先用專科醫學會的集體投保方式---由台灣婦產科醫學會開始作示範, 並由學會負責理賠鑑定。2. 再依台灣婦產科醫學會模式, 推廣至全國十八個專科醫學會, 中醫及牙科。3. 最後再由「中華民國醫師公會全國聯合會」統籌, 轉型日後也可循保險合作社模式進行, 成立全國性醫師責任保險合作社。或考慮 4. 成立海外專屬保險公司, 自己保險, 或相互保險公司之構想。

資料來源：

解決醫療民事糾紛之保險與法制

<http://www.womancare.org.tw/upload/file/20101125184036.pdf>

《全民健保醫療資源之公平性分析—以台灣為例》中央大學林孟蓀

醫學一 葉采衢

探討美國醫療經濟體制

(一) 美國的醫療體制

美國醫療體制以私立為主, 醫療消費以個人為主。政府的作用是提供部分醫療保障機制和資金, 以公立形式為老年、病殘、窮困或失業人口提供醫療保障, 另外也以立法和管理的形式, 規範高度市場化的醫療體制。美國的醫療體制的組成有三部分: 老年保健醫療制度

(Medicare)、醫療補助制度 (Medicaid), 以及其他的私人保險。老年保健醫療制度是為所有老年人、殘疾人提供的保險, 來源是聯邦政府的財政預算、及部分社會集資。醫療補助制度主要為窮人提供醫療保險, 來源為聯邦政府、各州政府預算。這兩種覆蓋了自保能力低下的人群——老人、殘疾人、易發生心理、行為問題的社會底層, 而這個人群對醫療資源, 尤其初級醫療保健的需求很大, 佔用了相當一部分的社會醫療資源, 永遠處在病人有餘、醫生不足的狀態, 產生了美國的醫療資源配置不均。

美國的醫院以私立醫院、私人診所為主要形式, 醫生以家庭醫生為主, 病人不管出現何種病症, 首先需要到自己的家庭醫生那兒看病, 再由家庭醫生決定是否轉到專科醫生那裏。大多數 65 歲以下的美國人, 依靠的是私人醫療保險, 這其中包括: 團險——公司為員工集體購買的保險, 參加家庭保險, 或是直接購買個人醫療保險。

醫療費用過高已經成為美國社會的一大難題, 國民的醫療開支不論是絕對值還是佔國內生產總值的比例都居各國之首。由此造成美國的醫療保險費用也貴得令人咋舌, 最便宜的醫療保險每人每個月至少也要花費大約 200 美元。比較好一點的保險計劃每年動輒上萬。正常情況下, 高額的保險開支主要由僱主支付, 僱員本人也要擔負比較少的一部分費用。表面看上去, 這是公司的一項優厚福利, 但羊毛最終出在羊身上, 醫療保險費用上漲快, 成為近年來美國僱員工資停滯不前的主要原因之一。而且, 鉅額的醫療保險開支, 也成為壓在美國企業身上的一座大山。那些排名靠前的公司, 有半數以上的 CEO 會提到他們的苦惱是給員工買保險。比如在通用汽車公司, 每生產一輛汽車, 就得付出 1500 美元的員工醫療費用, 這從一定程度上削弱了美國企業的競爭力。

上述這些僱主和政府的保險計劃大約能覆蓋約 2.5 億的美國人, 但還有幾千萬人不在其列, 比如那些小公司的僱員和自由職業者, 一些公司和政府部門的合同或臨時工, 享受不到正常僱員的保險福利。這一部分人中大多數買不起昂貴的保險, 有的買了非常便宜的保險, 等到生病時發現根本不頂用。

在醫療保險為前提的就醫體系下，就診後的醫療費用由醫療保險組織向醫療服務機構支付。在這一過程中，醫療費用的支付方式以及對醫療服務的管理極大程度上左右著醫療體系的效率。由於缺乏統一協調管理，這種體製造成了極大的資源浪費和嚴重的公平缺失。

為了減少和解決這些問題，美國從上世紀 70 年代開始興起管理式醫療，由醫療保險組織為病人指定醫生和醫院。病人按規定程式找指定的醫療服務提供者治病時，可享受優惠。醫療保險組織將對醫生的行醫過程進行復查，醫生在做一些重大手術或為病人提供額外服務之前需要得到保險組織的批准。同時，每個病人每次看病的費用設有上限，病人獲得的額外服務將從有限的額度中扣除。美國普林斯頓大學公共政策專家萊因哈特認為，在美國缺乏統一的全國性醫療計劃的情況下，管理式醫療也許是使全體國民都看得起病、都能獲得優質服務的最大希望。

由於關係到每個人的切身利益，醫療改革也是美國社會生活中的關鍵詞，尤其每次聯邦選舉，醫療保險改革都是討論最為激烈的議題之一，兩黨都大張旗鼓地提出某種方案，但隨之就會招來各方面的反對，胎死腹中。一方面是最先進的醫學技術和最昂貴的醫療費用，一方面是數千萬看不起病的窮人，美國醫療體系面臨著提高效率、縮小貧富鴻溝等一系列的問題。

(二) 家庭醫生是健康和保險公司的“雙重守門人”

家庭醫生提供的服務內容範圍非常廣泛，包括家庭醫療服務、兒童保健、營養指導、精神與生理衛生及老年保健等。其中，僅有 6.3% 的病例需要轉診給專科醫生。家庭醫生可以是專職家庭醫生，也可以是由綜合醫院和專科醫院派出的專科醫生。從這點上來說，美國的家庭醫生和專科醫生並沒有截然的差別。由於家庭醫生和專科醫生、專科醫院的密切關係，使得他們能夠對轉診後的病人進行更好的隨訪和照顧。因此，在某些教學醫院裏，家庭醫學科甚至取代了內科的地位。此外，許多醫生開展了一些特殊的服務項目，如運動醫學、老年病學、婦女保健、青春期保健等。大多數家庭醫生每年平均工作 48 周，平均每週工作 53 小時，其中 43 小時直接面對病人服務。

在美國，現行的商業醫療保險形式稱之為管理保健。在管理保健下，保險公司代表投保人向醫療服務提供者購買服務。每位參保人自己選擇或被分配一名家庭醫生，保險公司則按人數將一定比例的保費預付給家庭醫生。家庭醫生除提供醫療服務外，還負責病人轉診的審核批准。對費用控制好的家庭醫生，保險公司對其給予經濟獎勵。同時，保險公司還加強對家庭醫生的病案管理，以保證醫療保健的延續性。和英國相比，美國管理保健的“守門人”——家庭醫生的經濟色彩更加明顯。

近年來，衛生經費的高速增長使醫療保險公司不堪重負，同時隨著疾病譜的改變和衛生經費的短缺，部分政府補貼的醫療保險提出了經費預付管理(HMO)的新模式。在這一模式中，家庭醫生成為核心角色，從機制上成為委託人的健康和保險公司的“雙重守門人”，家庭醫生的收入在迅速提高。目前家庭醫生的收入在從事衛生保健工作人員中佔首位，增加了 24.8%。

(三) 全科醫學的發展和管理

1、全科醫學的發展

一個學科能否健康發展的重要條件之一，是看該學科是否有高素質的學科載體。美國的全科醫學發展就曾因此經歷了一次失敗的過程。

人們只知道美國的家庭醫學是 20 世紀 60 年代發展起來的。其實其第一次發展始於 20 世紀 40 年代，由於當時人們對其發展缺乏深刻的認識，導致缺乏高素質的學科載體，致使全科

醫學教育中途夭折。他們在總結了失敗的經驗教訓後，于 20 世紀 60 年代又重新發展起來。

一個學科的重要載體是這個學科所培養的對象，其素質的高低直接關係到該學科的可持續發展問題。美國的家庭醫學作為一個學科，能夠在強手如林的專科醫學時代得到蓬勃的發展，並被世界上幾十個國家所接受，其重要的一點就是他們重視了全科醫生的品質。

20 世紀 40 年代，專科醫療經過了一個飛躍式的發展後，人們感到過細的分科並不能使他們得到很好的照顧，於是在醫學界開始試圖建立家庭醫學制度。先驅者們在大醫院和高校中呼籲和建議，但難以得到他們的認同，認為這種制度不必要在大醫院和城市建立，應該去農村和偏遠的地方建立。這樣一來，培訓全科醫生的條件和師資都受到了限制，學員們得不到高品質的培訓，畢業後去做家庭醫生，自然無力提供高品質的服務，因此在醫療市場的競爭中就失去了魅力。這樣，好成績的學苗不願意去作全科醫生，導致學員品質下降，家庭醫生更加缺少競爭力，這種惡性迴圈使全科醫生在病人中徹底失去了威信，生源迅速減少，全科醫學發展宣告失敗。

當時 Warren Heffron MD 等一些全科醫學的先驅者們一直致力於尋找失敗的原因，經過大量的研究，他們總結出全科醫學失敗的一個重要原因是與專科醫生相比，全科醫生缺少完善的組織和規範的培訓，這兩點足以使全科醫生自愧不如專科醫生，失去應有的自信，從心理上就失去了優勢。因此，必須要對全科醫生的作用、地位、用途和水準都有明確的定位。經過他們的努力和奮鬥，美國制定了全科醫生制度。其次就是要給全科醫學發展創造良好的外部環境，幫助全科醫生建立充分的自信心。因此要求專科醫生要參與到全科醫生的培訓工作中去，目的是讓專科醫生學會與全科醫生配合，認同病人在什麼情況下需要全科醫生處理，什麼情況下需要轉診等很多細緻、具體的事宜。更重要的是讓專科醫生更多地了解全科醫生的工作和知識、技能，讓專科醫生看到自己有優於全科醫生的方面，也有不足於他們的方面，也讓全科醫生有更多的機會向專科醫生學習。正因為如此，美國的家庭醫生發展呈現了良性迴圈的勢頭，家庭醫生已成為美國醫療服務體系中不可缺少的重要一員。目前美國的家庭醫生，每個人日常負責近 2000 位病人，他們不僅是病人得到醫療服務的窗口，也是病人與大醫療機構聯繫的中樞。僅從收入來看，家庭醫生已經列在十大收入職業的第三位，全年收入至少 10 萬美元，其收入和社會信任度超過了律師。

2、全科醫生的要求和管理

歷史的經驗使美國人清醒地認識到要想成功的發展全科醫學，必須要有大的投入，從師資、設備、條件、生源都應該堅持高標準，嚴把品質關，培訓機構必須依靠高等醫學院校和大醫院。對生源的要求也很嚴格，不管做專科醫生還是做家庭醫生，均堅持同一個標準，都是畢業後教育，兩種培訓都是醫學院一畢業就開始的，選擇做家庭醫生的學生在國家認定的家庭醫生培訓機構接受培訓，時間因所選項目不同而不等，越是到偏遠的地區工作的接受培訓時間越長。培訓結束，經考試成績合格，方能取得國家有關部門頒發的資格證書。選擇做專科醫生的學生根據所選科目在相應的專科機構接受培訓，時間與過程同前者相同。如果做了專科醫生後，想改行作全科醫生，必須重新去接受家庭全科醫生的全過程培訓。

國家對培訓機構的審批要求很嚴格，初期完全依靠高等院校和大醫院，當時(1969 年)全美國經國家批准的全科醫學培訓機構不足 20 個(15~16 個)，逐漸允許小單位也可以培訓，但必須背靠大醫院或高校，並經國家嚴格審批，現在已發展到 475 個。經過這一大調整，美國的

家庭醫學發展呈現了良性迴圈的勢頭，得到了較快發展，家庭醫生已成為美國醫療服務體系中不可缺少的重要一員。

美國醫師的培養過程為：接受 12 年的基礎教育—— 4 年大學教育—— 4 年醫學院教育（2 年基礎，2 年臨床）—— 4 至 8 年的培訓（1 年的畢業後培訓，3 至 7 年的專業培訓）—— 取得專科醫師資格證書，成為一名專科醫師。在美國，全科醫師只是專科醫師中的一種，沒有任何特殊之處。因此，要想成為一名全科醫生，他們必須首先取得不錯的學習成績和醫學院的臨床評估，還要參加全國統一的標準化考試，在此基礎上，他們才能進入社區衛生服務機構面試。面試時會問諸如個人的工作願景（“你為什麼選擇全科醫生作為你的終生職業”）等問題，借此初步規定人生觀和價值觀是否適合全科醫生事業。可以說，並不是經過專科醫生淘汰後的人才去選擇全科醫生，而且也不是所有人都適合從事全科醫生。

從 2000 年起，美國實行再認證制度，資格證書的有效期為 7-10 年，要想繼續獲得專科醫師資格，必須定期參加本專業的繼續醫學教育，接受資格審查，參加一定的考試後，重新獲得專科醫師資格證書。

關於繼續醫學教育 (CME)，美國提倡終身醫學教育，把 CME 同持續終身職業生涯統一起來，從開始的自願參加已過渡到法制化的強制性參加；取得 CME 學分是參加再次資格認定考試的必要條件之一。全科醫師每 3 年必須獲得 CME150 學分，每 6 年必須參加美國家庭醫學委員會組織的全科醫師資格再認證，合格者方能再註冊執業。美國幾乎所有的州都實行行醫執照的更新制度。

- ◇ 瞭解美國醫療體制的基本性質。
- ◇ 瞭解醫療體制的四個機能要素。
- ◇ 從自由市場的觀點，探討美國醫療體制的特性。
- ◇ 討論醫療管理部門需深入瞭解醫療體制的原因。
- ◇ 瞭解其他國家的醫療體制概況。
- ◇ 建立美國醫療體制的架構模型。

➤ 概述

美國的醫療體制相當特殊*。大部分已開發國家的政府都有完整的國民醫療保險計劃，由政府主導執行，並以稅收作為經費來源，確保全體國民都能獲得良好的醫療照顧。但美國的情形卻不一樣。雖然從特性、要素以及服務內容等面向來看，美國確實存在著一套醫療制度，但嚴格來說，美國其實沒有真正的醫療體制，而且不是所有美國人都能享有健保實惠。因此，「美國醫療體制」這句話反而可能造成誤導 (wolinsky 1988, 54)。美國醫療體制是由許多獨立的機構組成，並非由政府主導 (Shortell et al. 1996)。醫療體制不斷受到成本、醫療資源和醫療品質的影響，而如何提供美國成年人及兒童都負擔得起的醫療服務，仍然是個遙不可及的目標，因為想要提供更多的醫療資源和高水準的醫療品質，同時又要將整體成本控制一定範圍內，並不是件容易的事情。

➤ 美國醫療體制的範圍

從表 1-1 就可知道美國醫療體制的複雜性，許多組織及個人都牽扯其中，包括教育及研究機構、供應商、保險公司、支付機構、理賠員，及醫療院所。許多醫療院所都提供預防性、基層、亞急性、急性、輔助、慢性病及復健等醫療服務。在此同時，愈來愈多的管理式醫療組織（MCO）和醫療整合網路也正朝著多元醫療服務的方向邁進。

* 「醫療體制」和「醫療服務體制」有廣義及狹義之分。就廣義而言，兩者都是醫療服務機制與過程的重要基石。就狹義而言，兩者都是指醫院或診所提供醫療服務給病患的行為。讀者在閱讀本書時，應體察上下文，分辨出這兩個名詞在文中的正確意義。

表 1-1 複雜的醫療體制

教育/研究	供給者	保險公司	醫療院所	給付機構	政府
醫學院	製藥公司	管理式醫療計	預防性醫療	藍十字/藍盾計	公共保險與財
牙醫學院	生物科技公司	劃	衛生部門	劃	務
護理教育	多元供應商	藍十字/藍盾計	基層醫療	私人保險公司	衛生規範
助理醫師教育		劃	醫師診療所	雇主	衛生政策
執業護理師		私人保險公司	社區醫療中心	第三人管理組	研究基金
計劃		提供自我保險	牙醫	織	公共衛生
物理治療、職能		的雇主	醫師以外的其	州政府機關	
治療、語言治療		老人醫療保險	他醫療提供者		
計劃		貧民醫療保險	亞急性醫療		
研究機構		退輔會	亞急性病醫療		
私人基金會		三級照護	中心		
美國公共衛生		(Tricare)	門診病患醫療		
服務 (AHRQ,			中心		
ATSDR, CDC,			急性病醫療		
FDA, HRSA,			醫院		
HIS, NIH,			輔助服務		
SAMHSA)			藥劑師		
同業公會			診療所		
貿易協會			X 光服務		
			醫療設備供應		
			商		
			復健服務		
			居家照護		
			復健中心		
			護理中心		
			連續服務		
			療養院		
			安寧照護		

			安寧療護中心 整合 管理式醫療組 織	
--	--	--	-----------------------------	--

美國的醫療體制非常龐大，相關從業人員人數大約為 1,000 萬人，包括 798,000 名醫學博士 (MD)，大約 43,500 名骨傷科醫學博士 (DO)，將近 300 萬名護士、168,000 名牙醫、208,000 名藥劑師，及 700,000 名以上的醫療保健行政人員。大約 296,000 名醫師、職能和語言治療師提供復健服務，所有醫療院所包括 5,810 家醫院、16,900 家療養院，將近 5,720 家精神復健中心，及 11,700 家居家照護中心和安寧療護中心。將近 800 項基層醫療計劃，包括境外移入勞工的醫療服務、社區醫療服務、遊民醫療服務、黑肺病診所、HIV (人類免疫不全病毒) 早期治療服務，及整合式基層醫療服務和藥物濫用治療計劃。其他計劃還包括老年癡呆症示範醫療獎助計劃和聯邦醫療中心類似計劃 (Federally Qualified Health Center Look-Alikes)。各種醫護專業人員分別在 144 所醫學院和整骨療法醫學院、55 所牙醫學院、81 所藥學院，及 1,500 多所護理學院接受訓練。大約有 1.90 億美國人購買私人醫療保險，3,960 萬美國人參加老人醫療保險，4,140 萬美國人參加貧民醫療保險。大約 1,000 家保險公司及 42 項藍十字/藍盾保險計劃提供醫療保險服務。管理式醫療體系包括大約 540 家健康維護組織 (HMO) 及將近 925 家首選提供者組織 (PPO)。提供資金是政府機關在醫療體系中扮演的最重要角色，資金的用途包括醫療、醫療保健服務研究，以及定期檢討醫療制度的種種缺失 (Aventis Pharmaceuticals 2002; Blue Cross Blue Shield Association 2002; Bureau of Primary Health Care 1999; Centers for Medicare and Medicaid Services 2003; Health Insurance Association of America 1998; Health Insurance Association of America 2002; US Bureau of the Census 2001)。

➤ 醫療體制概述

美國醫療體制各構成元素間並不如想像中的合作無間，財政、保險、醫療及給付機構間的作業尚未標準化，彼此間只有鬆散的聯繫。政府機關的計劃多半僅適用於特定國民，例如退伍軍人、現役軍人及無力購買保險的國民等等。一般而言，醫療體制中的財務、保險、給付及醫療等功能通常都由私人機構提供。

在市場導向的美國經濟制度下，在醫療體制中扮演重要角色的私人企業無可避免地都是以營利為重。顧主向私人保險公司購買員工醫療保險，而一般民眾所接受的也是私人企業提供的醫療服務。政府機關對公共保險的資助多半集中在老人和貧民醫療保險計劃，受益者包括低收入戶、老年人及殘障人士。此外，私人機構 (例如 HMO) 不但提供保險給已獲得公共保險保障的國民，同時還透過私人醫療院所提供醫療服務。這種公共及私人機構共同提供醫療服務的現象產生以下結果：

- ◇ 多元化財政資助管道，協助民眾支付醫療費用
- ◇ 多家保險機構提供不同的保險機制
- ◇ 多家給付機構自行決定各項服務的給付金額

- ◇ 眾多醫療服務機構
- ◇ 多家顧問公司提供規劃、成本控制、品管及資源重組等專業服務

美國醫療體制是一個鬆散的組織，各項相關功能都由不同的機構執行，難以由一中央機關（例如政府）進行集中規劃、協調和指導，更遑論建立任何標準化體系了。相反的，在這樣鬆散的體制下，重複作業、疊床架屋、不適當、不一致、浪費等負面影響一一浮現，不但使醫療體制更為複雜，在實際運作上也顯得缺乏效率。此外，在私人領域裡，個人及法人機構無不利用政府的資助誘因謀取私利，並不關心其謀利行為會對整個醫療體系造成何種影響。簡言之，美國醫療體制有如一頭巨獸，任何一個機構都無法有效管理和控制。從經濟的角度觀之，美國是全球最大的經濟體，美國人在醫療服務上的消費對美國經濟貢獻良多。雖然美國醫療體制在某些醫療項目上提供全世界最好的服務，但並非所有美國人都能平等享有醫療資源。

任何醫療體制都應達到以下兩個目標：

- (1) 確保所有國民都能享有醫療資源
- (2) 醫療服務不但須符合成本效益，且須達到即定品質標準。

雖然美國醫療體制離這兩個目標還有一段距離，但在醫學技術、醫學教育及醫學研究等領域，仍然執世界之牛耳。美國在醫療機構、醫療產品及醫療服務流程等方面的成就固然應予肯定，但在其他方面仍然有待加強。

	財政	
	僱主 政府 - 老人、貧民 個人自付	
保險 保險公司 藍十字/藍盾 自行投保	尋求醫療服務	醫療服務（提供者） 醫師 醫院 療養院 診斷中心 醫療設備供應商 社區醫療中心
風險保險業者	給付 保險公司 藍十字/藍盾 第三人理賠處理	利用管制（Utilization Control）
	按人頭計算或折扣	
	----管理式醫療計劃（HMO, PPO）之功能整合	

圖 1-1 基本醫療制度

➤ 醫療體制的的基本元素

如圖 1-1 所示，醫療體制包含四個基本元素：財務、保險、醫療服務及給付，這四個功能元素構成了所謂的四功能模型（Quad-function Model），醫療體制的實際內容為何，需視這四個元素的排列而定。一般而言，這四個元素多少都有一些重疊，但私人和公共醫療體系，以及傳統保險和管理式醫療制度之間的重疊程度卻不盡相同。公共醫療體系的四個功能元素整合得較為完整，而管理式醫療體系在這四個元素的整合上也已達到某種程度的成功。

財務

在高額診斷、檢驗、療程和住院的需求下，醫療保險和醫療服務的經費來源，遂成為醫療體系中的一個重要課題。對大多數自行投保的美國人來說，雇主是醫療保險費的主要給付機，也是雇主給員工的額外福利，而雇主支付的醫療保險費更涵蓋員工的被扶養配偶及子女。除超大型企業外，大多數雇主都向自己選定的保險公司購買醫療保險。近幾年來，一些原本向傳統保險公司購買保險的企業，逐漸改向 MCO 購買保險。

保險

醫療保險是為被保險人支付昂貴醫療費用的一種保護機制，同時也決定了被保險人得享有哪些醫療服務。此外，保險公司和 MCO 還扮演著理賠者及醫療費用給付者的角色。

醫療服務

提供者（Provider）一詞是指提供醫療服務及直接向保險公司收受醫療費用的所有機構。最常見的醫療提供者包醫生、牙醫、驗光師及治療師等執業醫護人員，以及醫院、診療院和紅外線熱像診療所，以及醫療設備供應商（例如輪椅、助步車、人工造管設備、氧氣）。除少數例外情形外，醫療提供者只對醫療保險的被保險人提供服務。

醫療給付

給付功能是指支付款項給醫療提供者，給付款項一詞包含了針對特定服務應給付多少金額的決策過程，經費則來自繳交給保險公司或 MCO 的保險費。被保險人接受醫療服務時，醫療提供者或者要求病患先行付款，或者在治療結束後另以帳單向保險公司求償。在前者的情形，病患會向保險公司提出理賠要求，請保險公司償還病患預付給醫療提供者的費用，但大多數情形都是由保險公司直接付費給醫療提供者。病患依理式醫療計劃（Managed Care Plan）接受醫療服務時，通常只需要支付 10 或 15 元美金等小額費用，其餘費用都由管理式醫療計劃支付。

剝奪公民權

美國的保險制度屬於雇主付費制，因此失業人口通常都沒有醫療保險。但也不是所有就業人口都能享有醫療保險，其原因有二：(1) 法令未規定雇主須為員工投保，因此有些雇主基於財務考量而未提供健保。有些小型企業因為無法得到團保優惠保費，因此未提供醫療保險。(2) 法令未規定員工必須加入醫療保險，因此雖然雇主提供這項福利，有些員工也因為無力負擔保險費而未加入保險。僱主通常會要求員工支付一定比例的保費，願意支付 100% 保險的僱主非常

少見。這就是所謂的保費分擔 (Premium Cost Sharing) 制度。有些雇主要求員工支付 100% 的保險，但這種情況下，員工的負擔就更重了。願意支付 100% 保險的員工僅有的利益，就是透過雇主享受團保優惠保費。

從公民權的角度來看，美國的低收入勞工階級是最弱勢的族群，因為大部分低收入勞工都未達到享有公共福利的門檻，因此也負擔不起健保費用。美國有許多未在公共或私人機構投保的無保險人 (Uninsured)。2000 年時，未加入醫療保險的美國人大約為 4,050 萬人，佔總人口的 16.8% (National Center for Health Statistics, 2002, 312)。美國政府對於某些特殊族群提供健保福利計劃，這些族群包括公務員、老年人 (65 歲以上)、殘障人士及貧戶。提供給老年人和殘障人士的福利計劃稱為老人醫療保險 (Medicare)，提供給貧戶的福利計劃稱為貧民醫療保險 (Medicaid)。政府在這兩項福利計劃中扮演著財務支援及保險業者的雙重角色，也可將其視為具有 HMO 的功能。實際提供老人和貧民醫療服務的是私人機構，政府通常會與中介機構簽約，由中介機構付費給提供醫療服務的私人機構。因此，即使是在政府資助的計劃中，財務、保險、醫療服務與給付等四項基本元素的配置亦各有不同。

由傳統保險過渡至管理式醫療計劃

在傳統保險制度下，醫療體制的四個基本功能被劃分得支離破碎。除了極少數例外，資助單位、保險單位、服務提供單位及付款單位各自為政。例如，自行投保的雇主、某些州政府提供的貧民醫療計劃，以及大多數老人醫療計劃已納入財務及保險功能，而商業保險公司則納入了保險與給付功能。到了 1990 年代，美國醫療體制出現重大變革，透過管理式醫療計劃，提高納入財務、保險、給付及服務等四項基本功能的門檻。

在過去，造成這四項基本功能支離破碎的原因在於未對利用和付款善加管制。民眾享有的醫療服務品質稱為醫療服務的利用 (Utilization)。傳統上醫療服務的利用和價格完全由被保險人和醫生決定，但隨著醫療成本的增加，醫療機制遂逐漸對利用和價格採取一些管制措施。

管理式醫療 (Managed Care) 的特色在於：(1) 經由整合醫療體制基本功能的方式強化效率；(2) 建立醫療服務利用的管制機制；以及 (3) 確定醫療服務的購買價格，以及應支付給醫療院所及醫師的合理費用。雇主和政府仍然是醫療費用的主要來源，但雇主不再像以往向傳統保險公司購買醫療保險，而是和 MCO (例如 HMO 或 PPO) 簽約，選擇適合的醫療保險計劃給員工。在此體制下，MCO 扮演著有如保險公司的角色，並且承諾提供醫療服務給參與計劃的員工，即計劃參與人 (Enrollee)，MCO 與計劃參與人之間的合約稱為醫療保險計劃 (或簡稱『計劃』)。醫療保險計劃中會規定一些挑選合格的醫療提供者，供計劃參與人選擇，然後再由這些基層醫療 (Primary Care) 提供者決定最否需送往特定醫院或接受特殊治療。

管理式醫療整合了醫療體制的四個基本功能。雖然醫療費用大部分都由雇主負擔，但醫療保險計劃仍然將醫療費用納入與醫療提供者簽訂的合約當中。費用的計算基礎可分為按人頭計算 (Capitation) 及折扣 (Discount) 兩種。按人頭計算是指所有醫療服務都按人頭計算費用，也就是按照每月加入醫療保險計劃的人數 (PMPM) 支付的固定費用。有些 MCO 依照醫療提借者

的一般收費提出折扣要求。HMO 通常按人頭計算費用，PPO 則會要求折扣。

對利用的管制同時也間接控制了成本。在訂定保費時，醫療保險計劃是以預計的醫療利用成本作為依據。由於可能會出現醫療服務的成本支出超過保費的情形，醫療保險計劃便扮演給付者的角色，依按人頭計算或折扣基準，支付醫療費用給醫療提供者。有些醫療服務由醫療計劃自行聘僱的醫師提供，但大部分都是由外部特約醫師、醫院及診療所提供。

美國醫療體制的特色

有些國家醫療體制的基本特色是外在因素影響下的產物，這些因素包括國家政策、經濟發展、技術發展、社會及文化價值、環境、人口特徵（例如人口統計及健康趨勢），以及國際因素等等（圖 1-2）。這些環境因素在互動作用下，對醫療體制產生很大的影響。

	社會價值與文化信仰 · 多元種族 · 多元文化 · 社會凝聚力	
政治環境 · 總統與國會 · 利益團體 · 法令		國際因素 · 移民 · 貿易與旅遊 · 恐怖分子 · 流行病
經濟條件 · 總體經濟 · 競爭	醫療體制	人口特徵 · 人口統計趨勢與問題 · 健康需求 · 社會不健全 (愛滋病、禁藥、殺人、傷害、車禍、行為相關疾病)
	環境 有毒廢棄物、空氣污染、化學物質 公共衛生 生態平衡、全球暖化	

圖 1-2 影響醫療體制的外在因素

和其他國家的醫療體制比較起來，美國醫療體制具有以下十大特色：

1. 未設立中央管理機關。
2. 是否可享有醫療服務，需視保險範圍而定。
3. 醫療服務的市場機制不夠完整。

4. 第三團體保險人扮演著財務與醫療服務的中介角色。
5. 多元給付機構使得醫療體制變得龐大笨重。
6. 保持多元角色間的平衡，避免任何機構成為體制主宰。
7. 法律風險影響實務醫療行為。
8. 新科技的發展帶來新的契機。
9. 新的服務環境已然成形。
10. 品質不再是醫療體制的夢想。

未設立中央管理機關

美國醫療體制並未由任何政府機關負責管理。為了控制醫療成本，其他已開發國家的醫療體制管理機關採用所謂的總體預算 (Global Budget) 機制，來確立全國醫療成本，並在預算範圍內分配資源。此外，政府亦控制醫療成本的成長，尤其是在昂貴的醫療技術方面。醫療資源的普遍管制，決定了國民可享有哪些政府資助的醫療服務。例如特殊醫療服務資源就受到政府管理機關的管制。

美國的醫療體制在財務及服務方面主要由私人領域提供。財務的主要來源是雇主，佔所有醫療支出的 55% 左右，政府的財務資助佔了大約 45% (國家健康統計中心 2002)。私人提供醫療服務是指大多數醫院和診所都由私人經營。美國政府未制定總體預算來監督總體支出，也未管制醫療資源的利用。但美國聯邦及各州政府對老人及貧戶醫療體制的運作上仍扮演著重要的角色。此外，美國政府亦透過醫療政策和相關法令規劃參與標準 (Standards of Participation)，服務提供者必須遵守政府訂定的標準，否則無法通過老人及貧戶醫療服務的認證門檻。許多醫療機構把這項認證標準視為最低品質標準。

半套醫療服務

制定全民醫療保險計劃的國家提供所謂的全民就醫 (Universal Access) 制度，每位國民都可享有醫療服務。但美國並非如此。就醫 (Access) 是指國民獲得醫療服務的能力。在美國，只有具備以下條件的人才具備就醫能力：(1) 透過雇主加入健保的員工；(2) 參加政府醫療保險計劃的國民；(3) 有能力自行購買保險的國民；及 (4) 有能力自行支付醫療費用的國民。醫療保險是觀察國民參與能力的主要指標。雖然美國的醫療技術世界一流，但只有加入醫療保險計劃或有能力自行付費的國民，才能享受醫療資源。

如前所述，目前仍有許多美國人未購買保險，這些人必須自費接受例行基層醫療服務。沒有能力自費的國民只好等到發病後，被送往醫院急診室，而醫院對急診病患是不會先收費的。吾人可以肯定的說，美國的醫療保險制度至今仍然未

照顧到沒有投保的國民 (Altman and Reinhardt 1996, xxvi)。沒有醫療保險的國民將無法獲得良好及持續的基礎和特殊醫療服務，而這正是為什麼美國的人口健康指數 (例如新生兒死亡率及整體生活期望值) 比其他已開發國家低的主要原因之一。

不完整的市場

在全國醫療計劃下，病患可以自行選擇醫療提供者，但實際上並不存在任何經濟市場機制。在美國，雖然醫療服務掌握在私人手中，但只有一部分受到自由市場機制的影響，整體而言並不符合自由市場（Free Market）的運作法則，故以準市場或不完整的市場稱之較為洽當。以下是自由市場的幾個主要特色：

在自由市場中，眾多病患（買方）和提供者（賣方）獨立進行交易。換句話說，自由市場的病患可選擇提供者，提供者間之無法共謀決定價格，任何外部機構亦無法決定價格，市場價格完全由供需決定（圖 1-3）。而需求（Demand）又是由自由市場的價格決定的。在自由市場機制下，價格下降，需求增加，反之則需求下降。

理論上，價格是由給付機構和提供者協議訂定。但實際上，價格是由給付機構（例如管理式醫療、老人及貧民醫療保險）訂定，而非由市場供需決定。

若要建立醫療服務的自由市場機制，必須讓提供者在價格及品質的基礎上進行競爭。一般而言，美國的醫療提供者之間確實存在著自由競爭，但在私人醫療保險計劃掌握購買力的情況下，醫療提供者被迫組成聯盟，由醫療服務組織也被迫建立供應系統（請參閱第九章）。在某些地區，單一大型醫療系統掌握了大部

在自由市場機制下，醫療服務需求量和價格成反比，需求量增加，價格下降，反之價格上升。醫療提供者供應的醫療服務量和價格成正比，價格愈高，供應量愈多，反之則愈少。在自由市場機制下，病患願意購買的數量、提供者願意提供的數量和價格達到一平衡點，且此一平衡點的形成未受到任何非市場因素的干擾。這是自由市場特有的現象，醫療服務市場沒有這種特徵。

病患擁有各種醫療服務的相關資訊是自由市場的前題。但實際上，病患的資訊並不充足。技術導向的醫療服務成為一種趨勢，新的診療技術、阻斷技術及更有效的新藥，全都掌握在專業醫師手裡，病患無法取得相關資訊。若由基層醫療提供者擔任病患的顧問或代理人，然後透過該提供者滿足所有醫療需求，或可讓病患獲得較多的醫療資訊。另一方面，網際網路已然成為醫療資訊的永久來源，藥品廣告也是病患獲得醫療資訊的一個管道。

在自由市場機制下，病患擁有每位提供者的價格和品質資訊。但在目前體制下，價格係採逐項標示，而非統標定價。例如外科醫師針對個別手術報價，而病患在手術前通常也只知道手術費用。但在開完刀後，帳單上除了手術費外，還會列出器材費、醫院設施費，以及麻醉醫師費、麻醉護士費、病理醫師費等費用。這些提供者稱為影子提供者（Phantom Provider），通常扮演著助手的角色，其服務費另以帳單分列。由於影子提供者的費用很難事先訂定，因此病患無法事先知悉金額。統標定價（Packaging Pricing）是指針對一組相關服務定出統包價格。例如在外科手術的情形，統標定價是指加總手術費、醫院設備費、器材費、診斷費、病理診斷費、麻醉費及手術後追縱費後得出的統包價。按人頭計算的計費方式也是改善前述逐項標價缺失的

一種方法，其涵蓋項目甚至比統標定價還多。統標定價是針對單一醫療服務訂定的統包價，按人頭計算的計價方式則是針對被保險人一年所需的所有醫療服務訂定的價格。

近幾年來，醫療品質受到愈來愈多的關注。醫療保險單位進行的績效評比，是促使醫療品質改善的主要原因之一。但除了可從一些新聞報導獲得訊息外，病患的醫療品質資訊仍然相當缺乏。

在自由市場機制下，病患必須直接負擔醫療費用。保險是在病患突然罹患重大疾病時提供的一種保護機制，讓病患在疾病給付方面無後顧之憂。但提供基礎及例行醫療保險並不符合此一原則。為住家購買火險時，被保險人通常會認為發生火災時可獲得理賠，因火災而遭受損失的可能性可說是微乎其微。雖然在發生火災時，保險公司會提供理賠，但保險公司不會理賠衣服或日常用品的損失。但醫療保險通常會涵蓋感冒、咳嗽、耳痛等輕微的基礎及例行醫療服務。醫療保險具有防止被保險人濫用醫療資源的機制。被保險人在購買保險後所消耗的醫療資源，可能比未購買保險時來得多，這種情形稱為道德危險 (Moral hazard)。

在自由市場機制下，病患（即消費者）可自行決定是否購買醫療服務。然而，病患的決定權會受到一些環境因素的影響。首先，是否需要醫療服務的主要考量不是需要，而非依價格調節的需求。需要 (Need) 是指醫師認為為了維護民眾健康或讓病患痊癒而應提供的醫療量 (Feldstein 1993, 74-75)。病患衡量自己的病情時，也會產生需要。其次，提供醫療服務本身會引發需求。病患有時會自行判斷健康狀況，認為需要更多的醫療服務。如果在考慮醫療服務的需求時未考慮價格因素，或提供更多醫療服務會對醫師帶來經濟上的利益時，也可能會增加醫療需求，而這些需求其實都是一種假性需求 (Hemenway and Fallon 1985)，或稱為供應者誘導需求 (Supplier-induced Demand)。醫師在決定病患的醫療需求方面影響力非常大 (Altman & Wallack 1996)，多項研究也指出有些醫師會為了自己的私利而創造需求 (McGuire & Pauly 1991)，以致提供的醫療服務量超過了病患的實際需求。這些情況包括安排非必要的回診次數、進行非必要的檢驗，以及要求病患接受非必要的手術等等 (Santerre & Neun 1996, 369)。

多重給付機構

國家醫療體制通常只有一個主要的給付機構 - 政府，因此又稱為單一給付機制。醫療提供者提供服務後，將帳單寄給政府相關機構，再由該機構付款。

美國採取的是多重醫療計劃及保險公司體制，雇主可自由選擇對自己有利的醫療計劃。每種計劃都明確規定了服務範圍，有些計劃甚至規定了每種服務的給付金額。美國政府對於老人和貧民醫療保險的被保險人也有類似的規定。

對醫療提供者來說，多重給付機構在請款和催款程序上就像是一場惡夢，這個體制的缺點如下：

- 服務提供者很難算清楚各醫療計劃的給付名目。例如每種計劃涵蓋哪些服務，以及各項服務的給付金額有多少？
- 服務提供者必須僱用一批人員負責請款和催款。由於每個給付機構都有自己的請款程序，因此在作業上難以標準化。

- 給付機構可能因為服務提供者未完全符合規定而拒絕付款。
- 請款被拒絕後，必須重新請款。
- 如果只收到部分給付時，有些醫療計劃允許服務提供者向病患索取未獲給付的部分，以削平帳目，但有些醫療計劃禁止這種做法。即使醫療計劃允許服務提供者銷平帳目，服務提供者又必須再進行一次請款和催款程序。
- 催款程序有時曠日費時，包括寄送催告函、將到期未付帳目轉交催款機構、將無法催收的款項打入呆帳註銷。
- 政府保險計劃的給付規定更為複雜。例如老人醫療保險要求服務提供者提交完整的服務記錄送審。

➤ 權力平衡

美國醫療體制是不同利益團體的角力戰場，這些團體包括醫師、醫療服務機構的管理階層、保險公司、大企業雇主及政府，各有遊說團體在立法機構為其利益奔走。在這個龐大的體制下，每個利益團體各有其經濟利益的考量。醫師希望增加收入以及儘量減少外界對其醫療行為的干預。醫療院所的管理階層希望國營及民營保險公司能提高給付（通常稱為補償）。保險公司及MCO希望維持目前醫療保險市場佔有率，大企業雇主將員工醫療保險視為一種員工福利，並希望降低提供醫療保險所產生的成本。政府希望企業能一方面維持或加強特定族群的保險福利，一方面又能降低成本。這些團體主張的利益本質上是相衝突的。例如，醫療提供者希望政府提供老人及貧民醫療保險的給付，但政府卻希望控制成本。雇主不希望提高保費，保險公司在雇主的壓力下可能會降低給付，而這又和醫療提供者希望提高收入的利益相衝突。

這些利益在現有體制下相互抗衡，每個利益團體各自在醫療政策改革事務上擁有一定的影響力，但卻又無法憑一己之力主導整個體制的發展。然而，當眾多衝突利益在客觀環境下獲得充分保護時，全面性的體制改革將難以實現，而且成本控制仍將是首要課題。美國醫療體制改革只能一步一步前進，一點一滴累積成果。

➤ 服務的連續性

醫療服務可分為三大類：治病（例如藥物、治療、外科手術）、復原（例如物理、職能及言語治療），及預防（例如產前檢查、乳房 X 光攝影、免疫檢查）。在不同經濟誘因的引導下，醫療服務的提供地點已不再侷限於醫院和診療室，其他像是居家照護、亞急性醫療及門診病患外科中心等機構提供病患不同的選擇。表 1-2 說明了醫療服務的連續性。

表 1-2 醫療服務的連續性

醫療服務類型	服務提供機構
預防醫療	公共醫療計劃
	社區計劃
	個人生活方式

基層醫療	診療室或診所 自我照護 另類醫療
專業醫療	專科醫療診所
慢性病醫療	基層醫療機構 專科醫療診所 居家照護 長期醫療機構 自我照護 另類醫療
長期醫療	長期醫療機構 居家照護
亞急性醫療	專業亞急性醫療機構（醫院、長期醫療機構）居家照護 門診病患復健中心
急性醫療	醫院
復健醫療	復健科（醫院、長期醫療機構） 居家照護 門診病患復健中心
安寧照護	各醫療機構提供的安寧照護服務

➤ 品質需求

雖然醫療品質的定義與標準不像其他產業那麼明確，但醫療提供者在醫療品質的建立與遵守上，承受著愈來愈大的壓力，無論個人或社區，都要求醫療提供者改善服務品質，尤其是醫療機構的內部管理品質，更是重點加強項目。

➤ 其他國家的醫療體制

加拿大及大部分西歐國家都實施國家醫療體制，並將全國人民納入計劃。這些國家的醫療體制

基礎都脫離不了以下三個模式：

1. **國家醫療保險計劃 (NHI)**：加拿大是採取這個模式的國家之一，政府資助醫療服務，資金來自一般稅收，而實際的醫療提供者則為私立醫療機構。財務、保險及給付三個功能的調和程度決定了NHI的執行成效，而政府則扮演著協調人的角色。醫療功能主要由私立醫療院負責執行。

2. **國家醫療體制 (NHS)**：英國採取此模式。政府除了自一般稅收撥款實施NHI計劃外，還提供醫療基礎設施。在此體制下，大多數醫療院所都由政府經營，且大多數醫療提供者（例如醫師）不是受僱於政府，就是和政府管理的基礎設施有著密切的關係。NHS的運作需要財務、保險、給付及醫療等四項功能保持密切的配合。

3. **社會醫療保險計劃 (SHI)**：德國採取此模式。政府強制企業及員工繳納一定費用作為醫療給付的資金來源。私立醫療院所為SHI體制下最主要的醫療提供者，非營利的私人保險公司（稱為疾病基金會）負責催收費用及付款給醫師和醫院（Santerre and Neun 1996, 134）。在SHI體制下，保險及給付功能緊密整合，且財務與保險和給付功能的調和程度優於美國醫療體制。醫療服務主要由私立醫療院所提供，但須接受政府的嚴格監督。

◆ 心得感想

藉由這次的期末辯論會，我深入了解各國的醫療經濟體制，尤其是美國的醫療體制，以前我只會在報章雜誌涉獵部分的知識，但是在經過這一整個學期的豐富課程，我學會應用批判性思維與System Thinking的系統思考與整合，讓我從這一次的期末報告中獲得許多的想法和心得。

美國醫療體制從1980年開始出現了一些基本變革，提高民眾健康水準和降低成本是造成這些變革的原因之一。在這一波變革聲浪中，醫療的概念亦從傳統的疾病中心概念轉變成健康中心概念。雖然治療疾病仍然是醫療體制的首要目標，但在此新的概念下，產生了一些以促進健康為目的的新方法和新機構。某個觀念的改變往往牽動其他觀念或制度的改變。例如，從疾病轉變成健康、從急性醫療轉變成基層醫療，以及從住院轉變成門診概念的同時，需要管理式醫療體制的配合。這些基本概念的變革將主導美國醫療體制的未來發展。

美國醫療市場看似存在著眾多病患和提供者，但大多數病患都已參加私人醫療保險計劃，且有許多符合資格的美國人也都加入了老年和貧民醫療保險計劃。這些計劃扮演著病患仲介的角色，也就是將病患的選擇權轉移到計劃理人的手上。結果則成了市場上的買方不是病患，而是醫療保險計劃，而醫療保險計劃僅提供與其簽約的醫療提供者給病患。

在全世界，美國的醫療體制是比較特別的類型，是發達國家陣營中的“另類”，它是發達國家中唯一沒有提供某種程度的全民醫療保險的國家。和經濟制度一樣，美國醫療體制也是以高度市場化為主要特徵，它更多地依靠市場化，擺脫了福利國家那種財政負擔過重的困境，又保證了一定的社會公平，保護社會弱勢群體，並制定法律規範醫療體制。但在美國，也有許多人在抱怨過分市場化帶來的危機，最突出的問題就是費用過高。

美國是個法治國家，美國人也較習慣將爭議訴諸法庭。和國家醫療體制比較起來，美國醫療體制下的私人醫療提供者較容易受到法律追訴。醫療險所為了將誤診訴訟的風險減至最低，紛紛採取所謂的防衛性醫療措施，藉著增加指定的診斷試驗項目、預約回診時間，以及詳實記錄診療內容等方式，來保護自身權益。這些額外的診療措施有些可能是不必要的、費用高而且缺乏效率的項目。

在美國，一般全科醫生不在大醫院看診，而是在各個社區為個人及家庭服務，因此全科醫生又有了一個更貼切的名字——家庭醫生。他們提供基層醫療保健服務。我對這些美國醫療經濟的體制，有了更深的認識，也因為期末報告的閱讀整理和思考，讓我更能結合一學期以來所學習的課堂知識，以及講者的經驗分享。這是一門豐富多元且受益良多的課程，演講讓人打開視野，擴大格局，課程的內容更讓我對這個領域有更多認識。

◆ 文獻資料來源

1. <http://hk.epochtimes.com/7/8/29/50592.htm>
2. <http://218.242.144.41:82/gate/big5/ws.j.sh.gov.cn/website/b/28149.shtml>
3. http://www.nobelgroup.com.tw/page01_2.php?branchnum=BOOK08&sortid=2
4. **Harvard Negotiation Institute---the Program on Negotiation**
<http://www.pon.harvard.edu/>