

# 心理學、財務學與醫療行為

劉玉珍\* 林錦鴻\*\*

健保的財務惡化的情況，也使得在立法院對健保費率雙漲的政策陷入僵局中。因應健保財務惡化的現象，健保局對醫療機構的給付標準與審核程序也不得不從嚴，以節省開支。近來行爲財務的發展，使得財務的領域，融入心理學、社會學和其它領域的知識。筆者想要從心理學與財務學方面思考角度，來探討並分析當前的醫療行為與健保支付制度的合理性。

健保的施行，最廣受爭議的莫如：同工不同酬的現象與費率的設計問題，導致醫療人力分配不均；高風險的科別如外科、骨科，在招收住院醫師時相對於低風險的皮膚、耳鼻喉、復健等科來的辛苦。所謂『天下沒有白吃的午餐』，這種現象其實就是我們在財務理論上所關心的風險與報酬相抵的問題。如果費率設計無法反應醫師或醫院所承擔的風險，在同酬的情況下，聰明的醫師們自然往風險較低的地方跑。目前台灣醫療的人力市場已經出現傾斜的現象，皮膚科醫師逐漸涉入美容的市場，據報載，內科或家醫科的醫師，也往減肥和健身的方面挪移。基於筆者多年來醫療市場的實務經驗，本文希望能透過財務學和心理學的知識，來分析台灣目前所面臨的健保問題。

## 代理關係與醫療

財務管理領域中，有關代理問題，資訊不對

稱，道德違險等理論，一直是現代財務理論的核心問題，這種觀念同樣地可以延伸至醫療體系中。在醫療領域中，有很多複雜的代理行為，常被人提起的是病人和醫師之間的代理行為，另一種是保險機構和醫師之間的代理行為，還有一種則是醫療保險中，委託人與保險公司的代理行為。本文想要從行爲財務的觀點來探討醫師的行為。

在整個醫療系統，病人就好像投資者，健保局就是董事會，而醫療單位負責執行或提供醫療產品，三者之間互有代理的行為。一般百姓付錢給健保局，也就是委託健保局來維護他的健康。醫師接受健保局的委託，治療病人的疾病，簡單的說，就是由健保局來支付多數的費用，由醫師來治療病人的疾病。也就因為如此，產生了健保機構和醫師間的代理關係，這種代理關係也造成目前社會上許多的健保問題。為了避免代理問題，確保治療的適當性，健保局必須能有效的監督醫療團隊，以抑制醫療過度浪費的情況，（好像是民間私有公司均透過董事會來監控經營團隊是否有自利行為一樣），以保障病人受醫權利和醫療品質。

為了降低代理問題，通常可以使用許多監控機制，但是這些監督辦法也正是代理成本的主要來源。可能會造成醫療機構和健保局之間的內耗，費用的爭執，甚至造成了醫療界嚴重的逆選

\* 政大財管系教授

\*\* 政大企管系博士班，婦產科專科醫師

擇的現象。俗話說：『上有政策，下有對策』，因此我們希望能透過心理學的認知學說與財務學對風險報酬的觀點，來釐清醫療行為和給付制度的缺失，以期能改善目前的問題。

## 健保局和醫師的代理問題

股票的損失是金錢，但是醫療的損失是生命。這兩種決策的失敗，對投資者和醫師來說，往往都面臨做決策時資訊不足的壓力；在股票市場上，為了能讓上市公司能揭露更多的資訊，主管機關制訂了許多資訊公開揭露的攸關政策，這方面的成本，部份尚可用規範的方式，由上市公司來承擔，但是疾病就沒辦法了。為了讓疾病病因更加確定，所必須付出的成本，本來是由醫療的使用者付費，但隨著健康保險的施行，這些診查的成本，部份改由保險來吸收，問題就出在因為健保制度，是希望以買方獨占的方式，來降低醫療的成本，減少醫療的浪費，但是獨占的健保市場是否成功，在於價格的決定機能是否能考慮風險承擔的問題，而這種醫療產品價格的決定，對於健康保險相當重要。

所謂又要馬兒好，又要馬兒不吃草。矛盾衝突的地方就在於健保局希望能壓低醫療的費用，但降低醫療的費用，卻可能會增加醫師的風險，降低醫療團隊的品質。

通常疾病會隨著時間的推演，而有不同的進程，一般而言，醫師會從這些發生的現象中，慢慢的瞭解疾病的本質和真象，隨著病程的自然進展，可以收集到更多的資訊，就像上市公司，隨著時間經過，更多的資訊會被揭露，市場上的資

訊不對等的現象也會慢慢消失。

醫師在診治疾病時，可能會因為疾病的進程或類型，而產生資訊不充足的現象，這種現象，就類似投資人在投資股票時，可能無法獲得充分的資訊一樣。通常投資人必須付出某些成本，來得到資訊；同樣地，病人為了了解病情，也常要求醫師做某些檢查，以瞭解這些疾病。愈複雜的疾病，就好像風險愈大的股票，不確定性越高，醫師通常也須投注更多的時間，冒著更高誤判的機率，來診斷病因。這種醫療資源的投入多寡，有時往往會與健保機構想法衝突。以下我們將以心理學的後悔理論與後見之明來分析醫生的醫療行為與其可能的影響。

## 後悔理論

Kahneman and Tverskey 認為後悔理論(Regret Theory)是個人因為太晚做決定，喪失原本有比較好的結果而產生痛苦(Kahneman & Tverskey 1982)。醫師在事前對疾病的真象，可能有診斷上的落差。在愈嚴重的疾病，資訊愈不確定的情況下，醫師為了避免未來可能面臨的損失，在處理上，可能運用比較多的檢驗，較好的藥品，以避免後悔。譬如病人因喝醉酒跌倒，而產生昏迷的現象。昏迷產生的原因，可能單純是酒醉引起，果真如是，那等到酒醒後就沒事了。比較糟糕的情況是腦部因為撞擊所造成的昏迷，必須盡速處理。為了診斷昏迷現象，按照上述的理論，醫師此時的決策，為了避免事後的後悔，醫師通常會安排昂貴的電腦斷層的檢查，以期快速的診斷是否有腦部出血的現象。

婦產科醫師在面對產婦生產時，依照病情需要，通常的選擇是剖腹產或者是自然產。為了避免後悔，對不確定的結果，個人的決策，可能會傾向可預期的結果，和比較安全的選擇。所以當情況不明的時候，或者是病況不穩的時候，會以最保守心態，最安全的方法來因應，通常的想法會是減少產婦生產的風險和自己本身的風險--剖腹的生產方式。

根據筆者過去的經驗，剖腹產可能在醫師的時間成本上，或者是醫師的風險成本上，都比自然生產來得低。也就是說醫師在面對資訊不明的情況，像是生產遲滯，胎心音不穩的情況，許多台灣的醫師大都是採剖腹生產的方式，來解決這個問題。相對於剖腹產和自然生產，健保局對於醫師的支付費率，並不足以反應自然產的風險。

(註一) 雖然健保局對剖腹產生產比例有很嚴格的限制，但是自然生產的醫師費用僅有美國的 20 分之一，風險報酬不符合，導致醫師的逆選擇。這也是台灣的剖腹產比率這麼高的其中原因之一。(註二)

## 後見之明

通常很多事情事後看起來簡單很多--因為資訊充分。也因此，從事後觀點去看許多先前的

註一：剖腹生產最常見原因，第一胎為產程遲滯，第二胎為前胎剖腹產，而這兩種原因，基本上都有很高的機會，能自然生產，只要能密切監控胎心音和施行無痛分娩，和產房超音波的檢查，通常能大幅降低剖腹生產的需求。

註二：國外甚至連前胎剖腹產，都有獎勵措施以鼓勵醫師採取自然生產的方式。

決策時，往往會覺得醫師沒有發揮應該有的效率，例如，健保局可能會認為醫師可能因為業績的關係，而做了某些不應該做的檢查或手術。

事前觀點和事後觀點產生了許多的問題。產科醫師在事前為了害怕後悔，在某些情況下為了避免風險，比較傾向選擇剖腹產，因為他們害怕胎死腹中或者是腦性麻痺等等自然生產的後遺症。等到病歷完成了，事過境遷，健保局的審議委員，從現有的病歷中所提到的資訊中，怎麼看，都可能覺得沒有剖腹產的需要。

資訊不對稱常常會使得健保局的事後觀點與醫師的事前判斷產生極大的出入，而導致在健保支付上採取嚴厲的策略。Kahneman and Riepe 認為後見之明會讓人產生過度的自信，助長自己誤以為事情是可以預測的錯覺(Kahneman&Riepe 1998)。常見的如投資人的後見之明；通常是在股票下跌之後，他們會責問分析師，為什麼你不早一點賣股票。類似的情況，健保局可能也會有如此的質疑，為什麼醫師不這樣做呢，或者早該對病人採取如何的治療方式才對。

健保局在分配醫療資源時，如果是以事後觀點的眼光，來評議醫療團隊和醫師的治療行為，就容易產生利益上的衝突。以上面的例子來說，酒醉跌倒的病人，接受了電腦斷層的檢查，在影像上未發現腦部出血的現象，酒醒時，也就清醒了。這時候如果健保局只看到病名代號是酒醉，到底有多大的頭部碰撞可能反倒忽略了。因為站在健保資源監督與管理的觀點上，健保局如果接受了醫師的說法，必定要多付一筆錢，來支付電腦斷層的費用，然而醫師所關心的卻是當場所面對的醫療風險。於是，當這件事情已經事過境

遷時，他們對頭部碰撞的資訊就可能有不同的解讀。

在台灣的健保制度，是個獨占的情況，所有的支付價格和支付標準，都缺乏市場機制去調節。在這種的情況下，如遇到健保局與醫師觀點衝突時，健保局可能會刪除他們所認為不合理的藥品和檢查，因此醫療團隊為了避免受到損失，可能會採取低風險策略，以致於對於某些患者的照顧政策不足。例如，健保局對於患盲腸炎的病人，支付低，但風險大（可能會發生腹膜炎的併發症），對於醫院的財務面來說，並不划算。

### 醫療的逆選擇現象

當你在做投資時，或你決定買那個股票時，如果情況不明時，你會要求比較高的風險溢酬。同樣地，如果疾病的情況比較嚴重，醫師須忍受較高的風險時，醫師通常必須用更好的藥品和檢查，來減少風險，降低後悔的可能性，甚至直接選擇醫療風險較低的科別。

健保費率如果都以事後觀點的角度，來評議醫療資源使用的方式，而忽略了治療某些高風險的疾病，是否應該有更高的溢酬以補貼醫師或增加醫療給付，如此醫療的逆選擇問題，便會產生。如果健保的支付是按照固定額度給付診療費用，而沒有風險的概念，那麼聰明的醫師的理性選擇，自然是去診斷風險較小的疾病。因為在相同的支付下，醫師並不需要冒險去治療高難度的病症。

在黃達夫於自由廣場所發表的〈醫療應該是

負責任，可被檢視的〉一篇文章中，談到醫院的資源使用扭曲，如對急診室，加護病房等等，屬於高風險，但是健保支付卻偏低（投資不足，僅達到評鑑的最低標準），為了平衡收支，而增加自費，低風險的服務項目，如美容，減肥等項目，卻如雨後春筍般的街頭林立。這種現象，長期以往將會嚴重排擠急症與重症處理的空間和經費，導致急症與重症的醫療供給不足(黃達夫 2002)。

高風險的病症常會帶來健保局和醫療團隊的資訊不對稱現象，使得代理問題更加嚴重。通常較嚴重的疾病，須要投入更多的成本，比如說檢查設備和器材，因此也必須有誘因去鼓勵醫療團隊，去投資更精緻的醫療設備。如果健保局認為醫療團隊濫用醫療資源時，將會高度的刪核醫療支付，一旦如此，醫療團隊將傾向選擇簡單的，固定幾種疾病的病人，也就是僅僅提供少數的醫療產品，以提高器材的使用率和病床的週轉率，獲得相對更高的利益。

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

總之，醫師的決策行為和思考模式，風險接受程度，治療方法的選擇，病患種類的選擇，都會受到收入、業績、成效與支付的影響。現在的醫院管理，把健保刪核的情況，反應到做決策的醫師上，從他的薪水扣除，也就是決策的錯誤會

帶給他金錢上的損失。這種有功無賞，弄破要賠的情況下，我們可以想像，這些醫師的決策會如何受到影響。

#### 結論：

心理學和財務學的理論，已開始在醫療領域的研究萌芽。例如 Bennett 以展望理論中的反射效果，從事病人行為的分析，並將之運用在愛滋的病人選擇或接受新療法的意願。結論指出愛滋的病人，由於即將面對死亡的挑戰，多傾向嘗試新的治療方法，而不會去考慮可能發生的負作用和後遺症(Bennett 1996)。

另外，Bravata 以展望理論中的確定效果運用在婦女接受荷爾蒙補充治療的研究上。荷爾蒙補充治療可以改善病患的生活品質，但是卻可能有些副作用，如乳癌和子宮內膜癌。在這種情況下，病患通常是風險趨避者，所以通常不會希望有任何致癌的風險，因此對於荷爾蒙補充治療較為排斥(Bravata 2002)。。

我們期待有更多的新血，加入醫療財務、醫療心理學的研究。考慮財務學對風險溢酬的觀念，以降低醫師和健保局的代理問題，並反應醫療團隊執行業務所需承擔的風險。將心理學注入醫療行為學的研究中，讓立法院與健保單位在思考健保費率政策時，能有更多面向的思維。

#### 參考資料：

1. 黃達夫 (2002). 醫療是應該負責任，可被檢視的. 自由廣場. Taiwan.
2. Bennett (1996). "Decision making in conditions of risk and uncertainty: the response to HIV/AIDS." Safety Science 22(1-3): 147-162.
3. Bravata (2002). "How Do Women Make Decisions about Hormone Replacement Therapy?" American Journal Medicine 113: 22-29.
4. Kahneman&Riepe (1998). "Aspects of Investor Psychology." Journal of Portfolio Management 24: 52-65.
5. Kahneman&Tverskey (1982). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge, Cambridge University Press.
6. Rizzo (2002). "Reference Incomes, Loss Aversion, and Physician Behavior." Review of Economics and Statistics Forthcoming.