

台灣醫師誘發需求議題之質性研究

林萬壹

摘要

健康經濟學中已有許多醫師誘發需求的相關性議題研究，其中卻鮮少以質性研究的方式為之，這在學術研究的知識累積與辯證上則是一塊缺口，本研究嘗試以深度訪談的方式，與臨床醫師面對面的針對此一議題作深入的討論，希望瞭解醫師的個人想法以及對應於不同醫療處置時的綜合考量因素。所得資料以內容分析法 (content analysis) 分析整理並提出整體性的結論與討論。訪談樣本以立意取樣 (purposive sampling) 與滾雪球 (snowballing) 方式取得，以半結構式 (semi-structured) 訪談大綱為問題導引，選取不同診療科別與不同醫院層級的醫師作一對一訪談。研究結果共保留 12 個具共通概念的分析單元，並歸納成影響醫師誘發需求的 4 個不同層面之群組類別，此即最後定案的環境因素、個人信念、臨床資歷以及醫療糾紛等四大類組，其中醫療糾紛的考量在本研究中具有很重要的影響。在文末的討論部份，研究者並在概念上提出醫師誘發需求研究之不同見解，建議以是否存有經濟誘因的「動機」考量後，再作後續的理論與實證分析，據此，研究者綜合本研究結果與 Labelle 等學者的概念，修正出本土性的醫師「治療計畫與誘發需求關係」架構表，以為後續研究之參考。

關鍵詞：供給誘發需求、醫師誘發需求、醫療糾紛。

中正大學社會福利研究所博士候選人、臨床開業醫師

收稿日期，98 年 10 月 1 日

接受日期，99 年 1 月 29 日

通訊作者地址，林萬壹

542 南投縣草屯鎮中正路 1516 號

聯絡電話，049-2560570

E-mail, landij@yashoo.com.tw

壹、前言

龐雜的醫療體系加上醫療科技的日新月異，以及長期以來存於醫療市場中醫病間資訊不對稱（*asymmetric information*）的事實，促使部分學者認為醫師有足夠的能力誘發患者的各類醫療需求（*physician-induced demand, PID*），進而也影響到許多醫療政策的制定與實施成效，此名詞由經濟學中的供給誘發需求（*supplier-induced demand, SID*）而來，學術意義指的是醫師固於各種自利因素，而在醫療處置階段扮演著不完全代理人的角色，導引患者增加求醫過程中的額外醫療需求，以在競爭環境或需求不足的情況下，維持自身的目標所得。

健康經濟學對於醫師誘發需求，大多假設（*assumption*）醫師肇因於目標所得，許多研究均以新古典分析法中的價格（*price*）與數量（*quantity*）關係，亦即醫師的收入與病人的就診量間的供需線變動情形，來探討或解釋許多臨床醫療上的不必要（*unnecessary*）處置，以得出醫師有無誘發需求行為的結論，但醫療服務的相關探討常牽涉到複雜的人類思維，實難以獨立的需求曲線與供給曲線作為解釋架構。

臨床實務上，醫療處置的決策需考慮的面向很多，因人（因醫師或因病人）、因事（疾病種類與嚴重程度）、因地（診所或醫院）其處置方式均會有所不同，甚至會有很大的差異存在，而其考量點決不僅止於「價格」、「競爭」而已，尤有甚者，在所有的考慮因素中，目標收入與醫師的相對人數也不一定是處置時的首要考量點，此時，若以醫病比與收入的多寡來解釋就診量是否成相對應增減，則以此線性觀點所得的結論實有待商榷。

學術研究方面，醫療服務的探討與說明多為橫向的量化分析，所呈現的是較為生硬的數字統計結果，所能理解的則是數字背後的百分比意義，卻鮮少能對臨床醫師作面對面的直接深入提問與問題釐清，何況不同科別的不同醫師間，對每一位求診患者所做的處置決定，其背後的思維模式已難以單純的統計數字加以解讀，遑論在量化統計分析時，還有資料的來源認定（*identification*）、內生變項的影響，以及所用的研究模型是否恰當等種種爭議性問題存在，這些也都足以影響量化結果的推論解釋。

進一步言之，臨床上究竟有多少所謂的不必要處置，其實並不是考慮醫師收入的問題，而只是因應社會環境的變化，單純地基於所謂的防衛性的醫療（*defence medicine*）處置，或相對地回應就診患者的個人要求以為之，或僅僅是為合乎現行典章制度的規範而已，這些牽涉到種種人性間互動並實存於醫療服務提供者的深層考量因素，即不是純粹的數字統計資料所能顯現。

以此角度觀察，縱使量化結論證實誘發需求確實存在，卻仍難以顯現出此效應的背後因由是純粹由市場競爭所引發或是因制度設計上的缺失、是服務供給者經濟上的誘因或是因院

所購入先進設備的使用率增加造成費用的上漲、甚至或僅僅是因醫療科別的不同而有季節性或地域性的不同醫療費用支出而已。而以上所列舉的因素反映在數字上的，卻都會指出醫療支出與誘發需求具有「相關性」的結論。

本文認為，實證的問題不只需要橫斷面的數字推衍，更要對相關研究領域有深入的理解才能對結果作出完整的解釋，也唯有不斷的深入探究方能顯現表象背後的真正原因，除了意義上能加深研究內容的深度外，還能讓受訪對象對其醫療選擇行為有更大的闡釋空間與清楚地表達其自身觀點的機會。因此，研究者期許能以深度訪談的方式，藉由與受訪者的持續對話得知其行動背後的意涵與對問題的看法，希冀從表象的醫療處置看到實存的問題，從普遍的求診模式看到問題的本質，此乃本研究的重點所在，希望能以不同的思維角度補充量化統計方法釋義上之不足，豐富相關之本土性研究資料。

貳、文獻回顧

隨著生醫科技的蓬勃發展，對疾病的早期發現與治療也有更多元的選擇與能力，然而這也使得醫療費用支出逐年大幅上漲，健保財務負擔劇增之隱憂亦日形嚴重，要求健保費用調漲之聲也從未間斷，在節制醫療費用成長上，學者研究的範圍除了硬體的如總額預算、醫藥分業、部分負擔等制度規範外，同時也對醫療行為干預的必要性與可行性進行探討，呼籲應加強醫師個人自律行為與醫病雙方之外第三者的制約機能，落實公民參與以共同承擔群體所當負的財務責任（高業標、陳能志，2007；陳孝平，2003）。

然而，醫療費用增加的原因是多方面的，除了醫師因資訊不對稱而能主導醫療消費傾向外，老年人口的增加、保險範圍的擴增、新科技儀器的發明使用等，也都會相對應地造成醫療費用支出的持續上漲，另外，對於醫師是否有能力誘發或如何能誘發患者醫療需求的議題亦廣受學者注意，本文獻回顧將從醫師誘發需求理論與各個不同觀點的實證研究兩方面分述之。

一、醫師誘發需求理論

盧瑞芬、謝啟瑞認為（2000）基於三種實際觀察現象，使得學者相信醫師誘發需求問題可能存在。首先，當一地區的醫院病床數增加時，若其他的因素不變，病床的利用率亦隨之增加；其次，Fuchs（1978）研究指出一地區的外科醫師愈多，則當地的手術次數會相對地增加時，亦即供給會創造需求（supply creates its own demand），最後則是當醫師人數增加後，醫療服務的價格卻不降反升時，這與一般經濟學的供給需

求模型預測呈現出矛盾的相反結果。許多文獻更提出相對應的模型，以對這些現象的成因作出部份解釋。如失衡模型-價格的僵固性（price rigidity），此模型是假設醫師服務市場的價格有僵固性，來說明醫師誘發需求的動機，其次為目標所得模型（target income），此模型假設醫師因資訊不對稱的優勢誘發病人的醫療需求，或以提高其服務價格的方式維持醫師的目標所得水準，另外則是負效用模型（disutility of discretion model），此模型可以說明醫師的最適當誘發需求是如何決定，以及醫師如何設定其最適當的目標所得。

如 De Jongheer 與 Jégère（2000）根據 Farley 的醫療服務價與量理論所延伸的醫病關係模式（醫師道德、醫師競爭、與供需誘發需求），探討這個模式中的三個預測因子對病患福利之影響，結果發現因醫師是醫療市場的權力主導者，因此易於誘發病患之醫療需求，而在醫師誘發需求的同時也相對降低了病患的福利。

吳瑞真（2005）則利用目標收入理論來探討醫師誘發需求之醫師行為，研究選取一家已實施調降醫師費基準之區域醫院，共 88 位專任主治醫師為研究母群體，結果顯示不論是門診或住院部份，調整醫師費基準確實會誘發醫師創造更高、更多的服務量及收入來達成他們的目標收入。

Labelle、Stoddart 與 Rice（1994）則對醫師誘發需求的現象作了詳細說明，他們發展出利用代理人的有效性（effectiveness of agency）與醫療服務的有效性（effectiveness of services）兩者間的相互影響結果，定義出醫師誘發需求情形的考量點與可能的形成因素，並以一簡明的架構呈現不同的誘發需求類型，其概念模型如表 1 所示。

表 1 Labelle et al.（1994）之供給誘發需求概念架構

		醫療有效性（該處置對患者是否有益）		
		是	否	
			無影響	有害
是否為有效的代理人	是	I	IIa	IIb
	否	III	IVa	IVb

Labelle 等（1994）學者認為，對患者而言縱使有效的代理人並不一定也不必需是最完美的代理人，但是區塊 I 的狀況卻是最能合乎患者的醫療需求以及產生最佳的醫療效果，區塊 II 則在臨床上雖然也改善了患者的生理狀況，但卻也有矛盾之處，亦即若患者有等同於醫師的資訊能力時並不會採取同樣的處置方式，Labelle 等人對此的解釋是，可能是醫病間對治療結果的主觀感受並不相同，其次可能是醫師本身覺得有義務

去作任何可能的處置，縱使這個處置方式對患者而言可能僅具微小的助益，再者也可能醫師融合了前兩項因素以及考量自身的經濟利益後的決策，最後一個可能的外部原因則是，也許醫師只是為了患者或家人間的社交功能原因而如此作為。

區塊 IIIa 與區塊 IIIb 的區別在於對患者健康狀況的影響，區塊 IIIa 對病情並沒有改善或相對地使患者的病情加重，區塊 IIIb 則是造成患者的健康情形每下愈況，根據 Labelle 等學者的說明，這兩個區塊發生的原因可能是醫師或患者之一的漠視或不確定所導致，結果造成無效率的醫療消費。最後，區塊 IVa 及區塊 IVb 在醫師誘發需求的分類上則具傳統的負面意義，不但區塊 IVa 的醫療利用情形是浪費，在區塊 IVb 則更造成患者的傷害。

二、醫師誘發需求的相關實證研究

總體經濟學研究顯示，醫療制度的設計與施行需考量許多面向，對於財源的籌措與費用的支付方式，並不僅僅是單純的保費收入與支出是否能維持平衡的問題，實務考量上，健康政策的正確制定、訊息的充分流通、與醫療資源的有效分配利用等節流方面的考量等均同屬重要（李卓倫，2006，莊世杰、黃維民、林秀美，2007，陳孝平，2001，Kwon, 2007）。而國內生產毛額（GDP）也是解釋醫療保健支出的重要因素（林炳文，2006，陳世能、邱雅苓，2005），如林俊乙（2004）以 OECD 國家的醫療支出與台灣之間相互朋比為例，分析 1960 到 2001 年平均每人醫療保健支出和 GDP 的關係，結論指出醫療支出佔 GDP 的比重逐年成正比例成長，估計平均每人國內生產毛額若增加 1%，平均每人醫療支出會隨著增加 0.98%。

而在醫師個人醫療行為方面，Ranckens 與 Deesluwe（2006）研究發現，由於醫療本身的不確定性、醫病間的資訊落差、醫療代理人關係以及道德危機等諸多因素，足以讓醫師影響患者的醫療需求。而且具有高密度醫師以及有享有豐富醫療資源的地區，相對的會出現比較高的就診數量以及較高的醫療之需求，研究結果指出在醫療資源豐富地區，醫師密度與醫師誘發需求呈現正相關現象（邱心怡，2007，Bussio & Klasi, 2009）。Yip（1998）曾針對美國紐約與華盛頓州進行醫師收入與醫療數目的相關性研究，並以外科心臟繞道手術（CABG）之數量做為假設檢定，結果顯示當醫師收入因保費刪減而減少時，執行 CABG 手術的數量反而增加，此結果證明了醫師收入與誘發需求間的關聯性。

在醫療服務市場上由於其專業與相關資訊的明顯不對稱，促使醫師或醫療院所有實質能力創造患者的醫療需求，其方式多以增加手術次數、住院天數、回診次數或增加檢查項目、藥品數等，以獲得更多的經濟回饋（李建成，2002，Kinsagar & Lin,

2006)。以 Fuchs (1974) 所作的大規模經典研究為例，由於競爭因素，當外科醫師人數增加百分之一時，進行手術的病人數即增加千分之三，尤其將都會與鄉村地區分開觀察時，這種需求 (demand) 的現象更加明顯，而且和教育程度成反比，亦即較低教育程度者，顯示出有較高的手術比例。而雷良黨 (2000) 對大陸地區的研究也顯示，當醫師數每增加一成，手術人次便增加百分之三，醫療服務費用則相對增加百分之四。

國外的相關研究，如日本 Tsunoda、Uruski 與 Nakanoishi (1999) 分析十年期的統計資料指出，每增加百分之一的醫師人數，則相對地會增加千分之八的住院和千分之四的門診需求。在法國，一項以 14 年的 panel data 對 4500 位醫師的研究結果強烈顯示有誘發需求的現象，統計指出，醫師可以增加患者的單次處置項目之方式，來相對平衡所減少的門診就診次數 (Delattre & Dormont, 2007)。而 Schaalens (1994) 分析 1956 至 1989 年間加拿大人的牙醫就診紀錄，也顯示有醫師誘發需求的情形發生。

在國內，許績天和連賢明 (2007) 針對血液透析治療 (即俗稱的洗腎) 患者，以五年的健保資料為基礎進行研究，假說 (hypothesis) 為透析治療費用遠較藥物昂貴，因此服務供給者可能縮短藥物治療改以透析治療來彌補損失，研究檢驗當供給者前期之所得降低時，從未接受透析治療新患者的透析數目是否會相對增加，結果指出新患者彌補了院所百分之五到百分之十的所得，且財團法人醫院顯示出有較大的所得效果。

然而不同結論的研究結果卻也相對指出，僅有薄弱或間接的證據顯示有醫師誘發需求的情況發生，甚至無法證實有這類的誘發效應存在 (黃維榮, 2006; Grytka & Sörnåsta, 2008; Masádea, 2007)。以中醫為例，蔡文正、龔佩珍 (2001) 研究中醫醫療利用成長與醫師數增加的關係，發現僅稍微存在醫師誘發需求的現象。馬可容、鄭守夏與周穎政 (2007) 另以市場競爭角度探討牙醫服務誘發需求的可能性，結果顯示誘發需求的現象可能存在但幅度很輕微，該研究者對此一現象的另一個解釋是，也許因牙醫師人口比增加使得每位患者能接受診療的時間變長，患者滿意度相對增加而願意接受更多的治療。同樣以市場競爭角度作探討，楊鏡瑋 (2007) 檢視西醫基層診所之診療變動情形，同樣沒發現支持供給者誘發需求之證據。而若加入大型醫院對區域醫療生態的競爭影響，鄭守夏、劉林義 (2001) 認為，新醫院的成立雖明顯改變了當地居民的就醫流向，但並未造成基層門診市場的激烈競爭，同時也未發現有醫師誘發需求的現象。

其實，若從不同的角度審視同一實存現象時可以發現，醫療支出的成長有可能是醫師人數增加後所服務的病人量相對減少，醫師有更充分的時間處理每次就診患者的問題，以及提供更詳細的醫療諮詢服務 (陳建志, 2004)，因而有機會提早發現潛在

病兆並督促患者及早處置，其次，費用的成長也可能是因就醫可近性增加，就醫所需的隱性成本降低，民眾因此易於獲得也樂於使用醫療照護之故。同樣的，醫師人口比增加所造成的同業競爭壓力，並不盡然表現在誘發需求上面，所造成的結果也不一定像博弈理論中的零和賽局（Zero-sum game），其實也可能以正向的方式，例如以提供高品質醫療服務的方式，相互競爭具認同感的患者而增加自身的經濟收入（Grayson 1994; Tsamida et al., 1999）。而且若因高品質的醫療所吸引的患者，能讓醫師的收入增加大於成本的支出，醫師也才會再投入更多的努力與更好的服務，最後則各蒙其利且是醫病雙贏（干春暉、周刁、鄭若谷，2007）。

因此，儘管許多不同的學者試圖以各種角度與方式，探討誘發需求的現象是否存在，然而卻只能說明現象的有或無，難以深入找尋其背後的原因為何，同時也隨著不同的研究考量而產生不一致的研究結果，令人難以窺其全貌，然而這卻足以影響許多政策的選擇與施行效能，顯而易見的是若醫師誘發需求存在，則價格管制將不再是控制醫療支出的有效措施，各項著眼於費用控管考量的制度效能也將大打折扣。誠然，醫療市場牽涉的不只是醫師與患者間的對價關係而已，醫師本身肩負有醫療提供者與代理人的雙重角色，正如 Grayson 與 Sorra (2001) 的研究指稱，他們認為在超越純經濟因素之外，應該還有其他因素足以影響醫師的醫療行為。本文的重點即在探討這些現象背後的原因，強調「為什麼」而不是「有沒有」，希望不只是知其然且能知其所以然。

參、材料與方法

一、方法論

方法論是研究者討論問題及思考可能解決方案的流程，是經文獻或理論的參考與辯論所提出的各種看法後，所確定的可以解決問題的一種執行步驟。而方法論也是在研究者遇到瓶頸時，對思索如何解決問題的整個過程的重新思辯與討論，經過對所研究方向的方法論的再理解，不但可以讓研究者瞭解到解決問題的方法，更能跳出「方法」的框架，進而從框架的外圍立場來論述「方法」本身的適當性。簡言之，方法論是研究者的研究策略選擇，是對追求合理解釋所進行的一連串邏輯性思考，也是對整個研究的進程作全方位的考量途徑，在論述的過程中，對於研究理論、工具或步驟的取捨、分析與批判，都可視為是方法論的操作（林品章，2008; Gira, 2004/2008）。

本研究的主要對象為臨床醫師，由於各科醫師專長的科別有異，面對求診患者的個人特質與疾病狀況也不盡相同，如小兒科或精神科醫師所面對的是無法真實描述自己病痛的患者，必須靠患者的臨床症狀與親人的輔助說明方能診斷與處置，急診醫學的醫師更需隨時待命，把握任何可能的機會替患者的生命把關，擴而言之，臨床上任何科別的醫師於情、於理、於法，都沒有選擇與拒絕患者的權利，然而醫師也是血肉之軀，也會有病痛產生與情緒表達的時候，當臨床醫師受困於身心困擾時，如何能將自身的苦悶與工作隔離，一如往常般專注於解決患者的身心病痛，同時在學術新知與醫病關係上每天面對不同的挑戰，其緊湊的步調是其他領域者鮮少能體會之處。

學術理論中對於形上學的邏輯討論，常在觀念上分成主體的 (subject) 我與客體的 (object) 我以外的事物來思考，在哲學與社會學的論述尤其是認識論 (epistemology) 中這是一組重要的概念，中心的問題是主體怎樣能認識客體，主體和客體又是如何構成的，本研究想探究的是以一般民眾為主體之外的客體世界，亦即是本研究的主要對象「臨床執業醫師」，進而能幫助了解「主體之外的客體世界」，試圖對影響醫師醫療處置決定的背景因素能有深層清楚的理解。

二、研究對象選取

本研究的訪談樣本乃以立意取樣 (Purposive sampling) 與滾雪球 (Snow balling) 方式，選取不同科別、性別、年齡層以及服務處所的研究對象收集資料，以半結構式 (semi-structured) 訪談大綱為問題導引，作十五位醫師共十六次的一對一、面對面深度訪談，讓受訪者自由敘述其經驗、看法與感受。

同時為顧及受訪對象來源的平衡與研究內容的嚴謹度 (rigor)，研究者選取受訪對象的原則，乃是綜合水平關係與垂直關係為考量因素，所謂的水平關係，是以不同的診療科別為基準來選取受訪醫師，原因在於不同的臨床診療科別，個別醫師所面對的患者與所需處置的問題並不盡相同，以此方式選擇研究對象能增加資料來源的廣度，並避免結果資料因重疊性過高而呈現偏誤。

至於垂直關係受訪對象的取樣原則，乃是依醫院層級的不同作為立意取樣標準，目前國內的醫療院所以設備、人力與任務的不同，共區分為醫學中心 (medical center)、區域醫院 (regional hospital)、地區醫院 (local hospital)、基層診所 (primary care service) 等四個層級，研究者考量的原因是因院所層級的不同，所處理的疾病深度、患者的來源也有所不同，院所同儕間的影響也會因層級不同而有所差異，而這些因素對臨床醫師的處置決定均有輕重不同程度的影響力。

每位受訪者的訪談時間約在 40 到 90 分鐘不等，其中男醫師占 11 位，女醫師有 4 位，受訪科別分別為急診、加護病房、呼吸治療、內科、口腔外科、鑲復牙科、骨科、小兒科、胸腔內科、齒顎矯正、心臟內科與家庭醫學科，其資歷皆是資深主治醫師以上，畢業年資平均在 15 年以上，4 位服務於醫學中心，6 位服務於區域醫院，2 位服務於地區醫院，其餘 3 位為基層診所醫師，受訪醫師中有 3 位具有博士學位，2 位具有碩士學位，5 位醫師受訪當時之職級為主任，1 位為地方醫院的院長，其中加護病房主治醫師受訪 2 次，受訪資料如附表 1 所示。

三、研究倫理考量

質性的研究關係是屬於和受訪者作密切的接觸，研究過程中通常會要求受訪對象透露個人資訊，除了造成介入他人的生活外，也常涉及對研究對象內心世界的深層描述，故研究過程中需要非常重視倫理考量（陳向明，2002；Babbie, 1998/1998）。本研究的受訪對象在訪談前均已被告知研究內容，並事先說明可能的訪談次數、約略時間以及未來資料的呈現方式等，另一方面，為增進訪談效益，訪談時段與地點全然尊重受訪者本人的決定，於受訪者認為舒適、安全的時間場所中進行。

研究者認為倫理本身是一門實踐的學問，是屬於實踐哲學之一，本研究重視以下述及的倫理範疇，並於訪談過程中確實做到研究對象知情同意（informed consent）、志願參與、對參與者無害以及保密等基本研究倫理，

- (一) 對已確立的研究對象，立即以清楚明白的方式解說本研究之目的與過程、訪談所需大略時間以及可能的問題與助益。
- (二) 訪談前即給予該受訪對象書面的研究說明書與訪談大綱，並事先告知其本身的權益以及可能的選擇。
- (三) 訪談時事先徵求研究對象的同意予以錄音，並隨時體察受訪者之感受，若有任何不適反應可隨時中斷訪談。
- (四) 在訪談結束並將錄音轉為文字稿後，以電子郵件郵寄一份已轉譯完成之文字稿予受訪者校正並留存。

四、研究資料分析

Fatton (1990/1995) 認為資料的分析是對訪談以及觀察所得資料的編碼、分類與確認的歷程。陳向明 (2002) 主張資料分析應結合研究目的的需要，以及資料本身的特點選擇合適的歸類方式，基本上可分成類屬性分析 (categorization) 與情境化的概念分析 (contextualization) 方式，前者是把對研究者有意義的、具關鍵的、相同的資料內容

放在一起，然後分門別類的陳述各個分類的屬性以及和研究主軸間的關係，後者則是在歸類的基礎上將內容做重點性的濃縮與詮釋後，再以完整的敘事結構呈現，以表達隱含於述說內容中的特殊意涵。

在實際應用上，兩種分析方式可以交替合併使用，如先使用類屬的方法對資料進行歸類，然後再將已歸類的資料使用在一定的情境中作因果或關連性的分析，或是先將資料進行整體性的情境脈絡分析，然後再對其中的概念或類屬進行總結性的分析討論。學者指出，資料分析的基本過程是對於原始資料作科學性的歸納、演繹、分類等找尋意義的過程，通過在資料中反覆的醞釀、闡述與說明，最後得出一個創造性的綜合（creative synthesis）結果，進而建構出對研究雙方都有意義的社會價值與理論（陳向明，2002；Patton, 1990/1995）。

因此在訪談資料的分析部份，本文採用內容分析法（content analysis）作進一步的資料詮釋，內容分析法是種非介入性的社會科學研究法，以往多運用於任何形式的傳播媒介，如書報、雜誌、信件、法律等各種媒體的資料分析，如杜娟娟等人（2008）應用在電子新聞報導一位名人自殺事件的分析研究。因為內容分析法對於資料的分析過程，特別強調「誰說了什麼、對誰說、為什麼說、如何說以及產生什麼影響」（Babbie, 1998/1998, 頁486），後來亦廣泛應用在與醫護相關的研究，近年國內學者如游金靖與胡月娟（2006）對慢性病患者的健康行為所作的質性研究，即是以內容分析法作為資料的分析工具。

由於內容分析法的研究範圍較為廣泛且具有彈性，有客觀、定量與能系統化分析的優點，因此由早期應用在傳播媒介的研究，之後擴展到與社會科學相關的任何研究主題，然而學者也指出，早期內容分析法在運用上最大的缺失在於編碼問題，容易忽略掉隱含於文字底下的隱性內容，因為意義的出現可能在語言表達之內也可能意在言外，或者是依事件發生時的情境而不是依出現的頻率而決定其重要性（石之瑜，2003）。基於這方面的質疑，內容分析法近年來的研究運用，除了同樣對已預先確定類別的具體事項做歸納整理外，並依不同的研究主題同時對資料內容的語意、概念或前後脈絡等隱性含意，作詮釋性的分析歸類（Babbie, 1998/1998; Schwandt, 1997），據統計從1991到2002年在醫護相關研究方面，已累計有4000多篇應用內容分析法的文獻資料出版（Heich & Shannon, 2005）。

因此，內容分析法也被學者視為是一種對概念的歸納方式，是運用歸納的原理有系統的將資料內容分類、統計與分析，以瞭解各種概念與概念之間的關係，其意涵在於，在進行資料分析前即已有清楚的譯碼（code）概念，此譯碼概念的來源，主要是從

現有的慣例或理論、專家經驗以及先前的研究等三方面而來，進而在分析階段中找出逐字稿的有意義分析單元 (unit of analysis)，作前後意義共通性與關聯性的連結，並將屬性相近的連結再次統整分類以為對現存現象的理解與詮釋，從而具體化整理研究所得資料以驗證或擴展現有的概念架構 (Heisk & Shanna, 2005; Krippendorff, 2004; Rice & Esby, 1999)。

以本研究為例，資料分析前的譯碼概念主要來源有三個方向，首先，基本概念是由文獻探討而來，其譯碼概念有經濟誘因、市場競爭、健保規範、資訊落差、景氣循環、城鄉差距、教育背景、疾病分類、患者誘發需求等不同之意義單元。

其次，在進行深度訪談過程中，研究者亦藉由紮根理論的實境代碼 (in vivo codes) 方式，選取受訪醫師在訪談當時所使用之字詞概念，作為譯碼單元，如醫療糾紛、醫療生態、臨床經驗等。

另外，經由與受訪醫師的對話過程，研究者亦以受訪醫師所強調的事件或藉由受訪醫師的敘述所浮現的概念，轉化為譯碼單元，如同儕審查、分科差異、處置選擇、社會觀感、醫院設備、主觀感受、醫療糾紛經驗、防衛性醫療等。

最後，研究者在所有訪談稿中，逐一尋找與上述三類譯碼單元相關之敘述作統一編碼，編碼基本原則是以多數受訪者的共通經驗為首選，如譯碼「醫療糾紛」，幾乎每位醫師都有各自的經驗感觸，侃侃而談本身對此問題的想法，其次則是受訪醫師強調而研究者也認為重要的事件，或訪談中其他的醫師雖以另外的語意表達但其基本概念類似者，如譯碼「同儕審查」，雖然只有部分醫院才有類似的討論會，但其他受訪醫師則是以規章制度等概念表示。

而在結果呈現上，部分重新概念化的譯碼單元也賦予新的命名，因此，由文獻資料而來的譯碼單元，只保留「經濟誘因」、「健保規範」、「患者要求」等三個意義單元。實境代碼 (in vivo codes) 部分全部保留，但將「醫療糾紛」拆解成「個人經歷」及「同儕經歷」，加上原本的「醫療生態」、「臨床經驗」共四個。最後在研究者依相同的情境脈絡所選定的部分，則有「同儕審查」、「科別因素」、「醫師處置選擇」、「院所設備」以及「防衛行為」。

結果總共保留 11 個具有共通概念的分析單元，而訪談資料也因分析單元的浮現能更清晰具體的顯現其內容，研究者進一步再將同屬性的分析單元歸類後，最終發展成 4 個層面之群組類別，並分別賦予一個能代表該共通連結的命名，即為最後定案的環境因素、個人信念、臨床資歷以及醫療糾紛等四大類組。

簡言之，本研究參考陳向明 (2002) 及 Colaizzi (1978) 之建議，將所得資料的分析步驟概分成下列幾點基本要素，

- (一) 將訪談過程之錄音記錄逐字逐句打成文字稿後，詳細閱讀原始資料，熟悉資料的內容，仔細琢磨其中的意義和相關關係。
- (二) 分析過程中謹記客觀原則，對原始資料採取開放的態度，只讓資料自己說話，從中萃取出有意義的敘述，以為分析之基本資料。
- (三) 從有意義的敘述中留意資料本身呈現的特性，登錄其中具意義的詞、語並決定譯碼 (code)，作為資料分析中最基礎的意義單位。
- (四) 譯碼登錄時並建立譯碼與譯碼之間的關係，找出其所代表意義的相關聯繫以形成主題群 (cluster of theme)，使資料內容能不斷濃縮，幫助集中對資料的分析工作。
- (五) 將所有結果整合成對研究主題之完整性描述 (exhaustive description)，並透過完成之完整性描述，形成清楚白的對研究基礎架構的敘述。
- (六) 所得之訪談轉稿資料均請個案再確認，若發現疏漏任何重要的內容資料時，均再加入最後的結果中，以確認結果能正確反應研究對象之經驗敘說。

肆、結 果

本研究參考 Labellé 等學者所提出的醫師誘發需求概念架構，以相對說明國內醫師在決定求診患者的醫療處置時的綜合考量因素，了解是否有證據支持國內臨床醫師的誘發需求現象，同時深入探討發生原因的背後影響因素。本文採取質性訪談方式進行資料的收集，嘗試以不同的視野角度探討此一議題，所得資料以研究軟體 Nvivo7 編碼，最後則提出整體性的結論與相關的問題討論。

研究者經由訪談文字稿的整理分析後，最後將影響國內醫師行為的諸多因素歸納成 12 個有意義單元，並將其分成 4 大類組，即環境因素、個人信念、臨床資歷與醫療糾紛等四個層面說明。整體而論，受訪醫師對此議題的臨床應對模式主要有以下幾點不同的思考面向。

一、環境因素

包含同儕審查、科別因素、院所設備與健保制度之規範等。

(一) 同儕審查

盧瑞芬、謝啟瑞 (2000) 認為，雖然許多研究顯示醫療服務市場中存有醫師誘發需求的現象，但誘發的程度並不大並不能據此認為醫療服務存在著「市場失靈」(market failure) 情形。受訪醫師指出，

我們醫院比較不容易（有醫師誘發需求），因為我們每個禮拜都會有 meeting（注：討論會），每個醫師要輪流報告他自己案例的處置與新視照護方式，你多做幾次是多做一看就知道了，會當場被（別的醫師）罵。

其實，經濟學中強調的市場機能（market mechanism）力量，依然存在於醫療體系當中，其中之一即是同儕的制約力量與醫院的制度控管，舉例而言，若醫療院所嚴格規定每個病例都必需提出來公開討論時，假使有醫師在診療過程中做了爭議性的處置，則即刻會引起同儕的檢討批判，自然不易有誘發需求的行為出現。

（二）科別因素

醫療體系中的分科精細，各科醫師面對求診患者的不同病徵表現，本就不容易全盤掌握且即刻作出唯一的正確診斷及相對應的處置，但正因為患者罹患的疾病與病程表徵不盡相同，也間接地影響到誘發需求的能力。

XX科不容易啦，XX科不管你做什麼處置都看得出來，頂多就是多照個X光片而已，不像其他XX科，你又不知道那個醫師做了什麼。

我上次被一個病人罵，說我看病不認真，因為我只給他白包吃，那藥師跟我講我就知道，下一次，我開紅包、白包、綠包、藍，這醫生好巴...，我開兩顆藥的話就完蛋了，他一看都不吃就丟掉，為什麼只開兩顆，可是你只有發瘋痛呀，我開兩顆藥是正字。

我覺得最大的原因還是在業績的部份，每個人對金錢的價值觀的不同，醫生的價值觀，嗯...在我知道的醫界裡面，我覺得醫師的誘發需求應該有，但是我講的是XX科的部份。

（三）院所設備

理論上，醫院的設施越齊全越能對醫師的診斷提供有利的輔助，甚至能從預防醫學的角度防範於未然，而且對於疾病的治療方面，先進的醫療儀器也能更積極有效的處理科技進步前的疑難雜症，然而另一方面，設備的擴增卻也產生一些不預期的現象。

其實要身醫師個人，還有醫院的設備問題，醫院買了新的儀器你總是要用啊，你總不能說買了就擺在那邊不用，那何必買，所以就多少會希望醫師能多利用，反過來講，若沒有這些設備，你就算想用，想跟病人收費也沒辦法。

無聊一句話就是，以目前的醫療環境來講，講坦白一點，寧可多做也不要漏做，你漏做的話，有時真的是吃不完兜著走，真的是這樣子，這個也是環境造成

的、當然、如果在我們臨床醫師來講的話、如果你臨床的 data 愈齊全、對一個 disease 的診斷與治療是愈有幫助。

然而臨床上也有醫師持不同的意見，受訪醫師認為有些患者會因本身所繳納的看診費用多，潛意識裡就希望能盡量利用醫院的現有設備以改善自身的健康狀況，或是多做額外的檢查以發現可能的潛在病灶。

很多人就為什麼他們都直接去大醫院、而且大醫院可以做檢查、可以住院、可以……因為醫院設備多啊！另外一個、他也會有一個觀念、去到醫院我花更多的錢、不做更多的檢查我就比較不甘心、我去給我開三天藥、那我幹麼來跟你、花一百五（註：診所掛號費）跟花四五百塊（註：醫院掛號費）差很多。

（四）健保規範

受訪醫師不約而同指出健保制度的設計與實施方式，深深影響醫師的醫療處置以及患者的求醫觀念與行為，若考量不夠周延，將造成醫療資源的浪費或相對地制肘醫師的診療行為，這部份的結果與李卓倫（2006）的研究相呼應。雖然受訪醫師均贊成健保的存在有其正向的必要性，但也呼籲在整體醫療規範的制定與審查上應能有更人性化的制度設計，以減低不公平現象，更不能因財政因素的考量而相對忽略了社會中最需要健保照護的弱勢群體。

健保（制度）的影響也是很大了因為以前的醫費費用是你多增加一個檢查、你從自己掏腰包嘛！那現在因為健保來急診的話、其實他自付的不多嘛！因為他即便做電腦斷層、他自費額也是很少、固定的、他不會再多拿錢出來、像現在健保急診 510 元、他會認為我已經花 510 了、甚至他會要求說他可不可以順便做個身體檢查、就是他把他長久的问题一次跟你 complain 完、叫你把問題一次解決。

另外在醫師的部分，雖然會因健保制度的規定而影響其處置方式，結果是可以降低一部份誘發需求的可能性，但相對地，有時因不符合患者的期待也造成醫師執業上的不必要壓力。

因為現在是所謂的總額制度嘛！你總額來講、你在這個健保規範底下、事實上你多 push（病人作檢查）、你不會增加你自己的（經濟）門檻、你只有在自費的那一部份（可以）。

我覺得主要是健保審核的問題、其實只要是有病住院、醫生來照顧都沒有問題、對醫療上來講沒有太大的困擾、但是在健保上面就困擾會比較大、所以我們常常會跟他們說、這個並不符合健保的規範、你要住院可以、你只要不費用健保、自費住院、baseline、你不要讓健保（局）來吵我們、這樣的話我們就會覺得很放心。

二、個人信念

包含患者之要求、醫師之處置選擇與經濟誘因等

(一) 患者要求

Izumida 等 (1999) 認為醫師誘發需求現象，並不容易與患者誘發需求 (patient-induced) 作出區別，而在患者這部份，由於目前網路資訊取得容易，於就診時常會主動要求醫師開立各種自認必要的檢查項目，此舉卻又與健保的政策相悖離，造成醫師處置上的兩難，也加深醫病之間不必要的對立感。

你說你發燒要抽一下血液，但是我知病毒感染的就會高一點啊，做不做其實也是不多…當然也會考慮健保會不會測，可是家屬…他的那個要求的強烈度啊，如果沒有給他抽的話不就委吵架，就只好…讓他抽啊，急寧寧人啊。

現在就是病人的意識抬頭囉！而且現在很多他會覺得，就算你這邊不照他可能到另外一家醫院照，他就是…你變成說你不用為了這種 X 光片，跟病人關係緊張囉！所以你以後就會展展…你最後還是順從病人意思，就是照了，避免不必要的麻煩。

有些阿婆來，說我要打針打兩支、我要拿藥管、我還要藥水…診所還比較少，在醫院會很多，為什麼？因為保險的關係，我住院有幾千，我們以前碰到，真的每天來就是要求住院，然後每個看到的人看到醫生就叫號爭，你知道嘛尤其是那種 CV (註：腦血管疾病) 的小孩子，之前有一個就是這樣啊。

(二) 醫師處置選擇

盧瑞芬、謝啟瑞 (2000) 也表示，縱使部分研究指出醫師人數越多，醫療服務的價格相對越高，但這也未必是醫師誘發需求所造成，該現象能以醫療服務是一種榮譽財來解釋，因醫師認為當他的平均單次看診時間相對增加時，消費者可享受到較高的醫療品質，因而也應該付出較高的價格，因此醫師收入也相對地增加。

受訪醫師中也有類似的看法因而特地在醫院中開設「VIP門診」服務，以自費方式滿足患者的需求。

我因為病人很多，有從喜縣市來的，若擠在同一個時段，每人所分配到的時間只有一點點，根本就無法回答多少問題，病人常常在抱怨，因此我和 xxx 商量另外開這個 (VIP) 診，你如果有 (經濟) 能力的話就自費掛這個診，我讓你半個小時，一個小時開個藥，問到你滿意為止。

另一種選擇則是醫療上的機率問題，醫師希望能在出問題前先做預防措施，雖然出錯的機率很小，但為減低突發狀況時患者的不適以及安全考量，只要對患者可能有幫助，醫師還是寧願預做準備。

我們常常遇到打化療的病人，你說你從血管這裡打不可以嗎？可以啊，那為什麼要讓他做一個人工血管，他有些東西你說不做，是不是一定就不行了？也不見得，但是你做了可能會對病人有一些幫忙的時候，我們可能建議他做，因為至少不會血管視不到，至少不會說你那邊藥物漏出成什麼的問題，這一些部份是為了預防他以後可能發生...，但是有可能他都沒有問題，這就是一個機率上面的問題啦！

另外則是醫師面對患者時的壓力問題，雖然在臨床上醫師是患者的處置決策者，表面上醫師可以主動決定所有的治療計畫，但在整個醫療過程中，也需不時的承受患者的各式反應壓力，被動滿足患者的要求與期待。

譬如說子骨骨折，在書上來講就是百分之九十不用開刀，但是現在大家在那麼多時間去修養，在這長長的六到八個禮拜我常常（要）面對病人來 complain 怎麼這麼痛還沒有好，你心裡知道說明明就是很久才會好，但是你為了要讓自己的這段壓力趕快去消除，那你就建議他就開刀好了，當然病人開完刀過兩三天之後他覺得真的比較不痛，可是明明知道這個也許可以不用開的，但是你可以因為開刀而舒緩這個壓力。

（三）經濟誘因

大部分的文獻結論指出，經濟誘因是造成誘發需求的主要動機，加上資訊不對稱的嚴重落差，造成醫師有能力誘發患者之醫療需求，有醫師把它歸因於這是人類的本性，是屬於難以用制度規章等外在條件掌控的部分，但也有受訪醫師以比較包容的角度說明可能的背後因素。

最明顯的例子就是XX做那個支架，它現在支架很多，有健保給付的啦，有正藥沒有正藥的，你說真的有正藥的效果就會比沒有正藥健保的就一定好很多嗎？當然在數字上是有，但是人家比較並沒有太大的差異，但是病人可能要多花費個一二十萬，所以有些醫師就會 push 病人要去裝那個有正藥的。

這個當然會啦，醫師為了增加門診量啦，為了...，這個一定都會這樣子，這個就是隨人家的啊，隨人家醫師做的嘛，我想開業的醫師特別會需要這樣子，因為這個是經濟的問題，然後在沒有疾病負擔，或是很大負擔之下，可能他們會常常做這種事啦，...因為這個是人性啦，這也沒有什麼好說的。

有的時候我會回過頭想說今天是我沒有經濟壓力、嗯、我從小沒有過缺錢、我現在也不需要去賺錢、所以我可以去批評這些事情，可是今天如果說我多賺這些錢對我的家庭的幫助非常的大的時候，我覺得我頭腦是沒有辦法跟現在講話的心情一樣。

三、臨床實歷

此部分包含醫療生態與醫師臨床經驗。

(一) 醫療生態

誠然，醫療服務需求的增加，結果並不必然會有更健康的個人 (Lumina et al., 1999)，但醫師與患者其實是生活在同樣的社會文化中，整個大環境對醫療生態的影響，並不是單獨的醫師在一次次的診療中就能加以改變，甚至醫師本身也會受到環境的左右而改變行為模式。

我會覺得關係就在醫院的規模，醫院它為了要把病人 keep 住他會盡量滿足病人的需求，因為這樣病人才會回來，你不滿足他有些小醫院還會生存不下去，所以我覺得這是整個一個大環境的一個醫療生態的問題啦，超大的他可能超不會聽你病人講要什麼，他只會覺得，我覺得你要什麼我就給你什麼，跟整個大環境，跟你所處的醫院，還有你自己有很大的關係。

可能跟醫院也有差(別)，像你在醫學中心講的跟病人比較會聽，即使你剛畢業你在醫學中心服務，你會覺得你講的跟病人打新和總會比較順，如果你在比較小的醫院，即使你年紀比較大了，感覺上比較有權威，可是，他們可能會覺得不太相信你講的話...如果是唱醉福那種，那種都沒有跟診講，唱醉福的人你再怎麼講都沒有用，因為海線醫院的關係，有很多民眾唱福，可能跟經濟不景氣也有關係。

還有醫病關係也很差啦！你看日據時代那時候你醫死人還阿足阿多，現在你只要怎麼樣，你大概就會被告怎麼樣，那變成說高者也會怕你，醫病關係比較沒那麼信任，那變成大家互相猜忌...因為你會怕再來糾紛，然後空醫的媒體，大家普遍對醫界目前存在是一個敵對的狀況，不要說敵對，大家一直覺得醫生非常不錢，那變成說你只要被抓到把柄大概就會很麻煩，我們也會怕。

(二) 臨床經驗

Grytten 與 Sorensen (2001) 認為在純經濟誘因的考量外，尚有其他因素足以影響醫師的醫療行為。本研究發現，醫師的年資亦即醫師的臨床工作經驗，在誘發需求上面也扮演了很重要的角色。

他如果愈沒有把握他會亂檢查啦，愈有把握的就覺得不太需要啦，那當然你……這些是從醫學知識去看的啦。

你 VS（註：主治醫師）和 intern（註：實習醫師）來看就不一樣啊，intern 可能要做很多檢查，照 X-ray，我們一看大概就知道是什麼了呀。

當然擔心，第一，你有很多毛病你是看不出來的，那一期梅毒腸炎毒，看不懂我就不跟你講或是跟你講的很保守……可是你（年輕醫師）不會覺得說很多變程，其實你經驗不夠，這些到會有變化。

四、醫療糾紛

包含個人經歷、同情經歷、防衛行為

（一）個人經歷

研究過程中醫師常感嘆現今的醫療環境不如往昔，醫病之間彼此存在著很大的不信任感，醫師因擔心日益增多的醫療糾紛而無法專注在工作上，也使日常的醫療行為蒙上了許多的陰影與壓力。

有一個最主要的情形就是醫院的剩餘床數！這是一個很大的隱憂，如果醫院沒有床的話那其實不用講！就是叫他轉院……其實大科分科講不通，可是如果是暴力的，暴力的不用講，我們是最反感於暴力……尤其我們上班的時候，我們在明，他們在暗啊，其實不管怎麼樣，他只要在你醫院門口跟你搗蛋，在那邊你就很整不了了。

我覺得現在這幾年的社會根本也沒有信任，你信任兩個字都沒有你其他都不講，你不信任這個不信任那個，你能夠做什麼？走在路上我都怕我會被搶，我在看門診我也不曉得這個病人會不會從我後面捅一刀，這個就沒有信任啦……所以很無力啦，一路專業都沒有，一方面性很妥協，一方面怕民眾告你，很麻煩……

（二）同情經歷

有時候並不見得是醫師本身親身經歷到醫療糾紛，而是聽聞同學或同業的遭遇後讓自己產生警惕之心，間接改變自己的日常醫療行為，通常的反應是，為了避免重蹈覆轍減少自己不必要的壓力，寧願採取較為保守的應對模式或醫療處置。

通常家屬會覺得是你誤診，所以我們講話都比較保守，而且有可能會碰怎樣怎樣，我同學就這樣子啊，家屬就去鬧了，他也是 Ditto 而已（註：卷上次之處

方打針，幸難）就 expire 掉，真的就只能算他倒楣，而且他只是來代診一天而已，賺三千塊賺一估（萬），現在大家比較怕似像恐儂的病人，要是他覺得有怎樣就是你的錯。

這個影響很大的，光是想到你有個醫療糾紛，一定影響到你的執業，影響你的 quality，這樣就會影響到病人，所以我覺得基本上對醫生影響應該滿大的…這種壓力不是說你求學的那種壓力，不是，它不是良性壓力，它是惡性壓力，大部分都是負面的影響，我不會說因為這個醫療糾紛讓我的醫術更精進，不會。

(三) 防衛行為

隨著醫師陰影的擴大，醫師會下意識地採取自我保護措施，只要在能避免發生醫療糾紛的情形下，醫師不想也不願意過度的干涉患者的要求，以免讓患者有怪罪的口實招惹不必要的麻煩上身，但此等防衛舉動卻也形成醫師專業的扭曲，造成道德兩難窘境。

就是不照顧 XX 科的，那個他會很擔心，壓力會比較大…XX 科要是醫死一個，他這輩子就完蛋了，因為一輩子的經濟界在他身上，我這程都是照顧八九十歲，我都覺得家屬說要錢，要怎麼說要錢呢…如果要涉到醫務，那當然也會多做（檢查），因為有做了就比較不會有法律責任，就會做了健保寧可賠幾被它罰，我也不要有醫療糾紛。

你賺的錢可能賺一次醫糾就賺掉了，所以現在都會一直 keep in mind 就是不會有醫糾，你說幫病人考慮，但有時候你不知道家屬會不會告你，以現在來講的話，如果說你幫病人考慮到很多，有時候還不見得能夠避免掉那個醫糾，所以現在有時候風頭來想，就是說你充去避免醫糾，然後，行有餘力再幫病人…為病人想。

現在大家很怕啦！所以才會有那醫療保險還有那醫師責任險，那它誰償誰賠快，因為小孩子啊，醫糾真的是多，因為現在大家怕生得少啊，真的有人賺到這種賠款之後他就一直要用這個，真的有人這樣子，那當然也是少數啦，沒有人願意拿自己小孩子或者大人生命開玩笑，我就說看久了真的還是會怕。

由現今商業保險市場「醫師醫療責任險」的盛行，多少能了解存於醫師間隨時可能面對醫療糾紛的心理壓力，然而，當臨床醫師不再以患者的生命保障為前提，取而代之的卻是如何避免蒙受醫療糾紛的心態時，醫病之間將再也難以達到互信互利，結局將會是醫病雙輸。

整體而言，國內醫師的處置決策雖已慢慢循著實證醫學的共識前進，在實際操作上也有臨床治療指引等方針可供醫師作為處置參考，但由於疾病的變化多樣性、罹病後的臨床症狀表徵不一，甚至不同患者的癒後情況以及個人的主觀感受均因人而異，無法也不可能作統一規範，因此，這中間即產生了一些疾病診斷與處置方式的模糊地帶（twilight zone），使得誘發需求的現象有操作的空間，加上醫療專業的分工日漸精細，不僅在醫病間擴大了資訊不對稱的差距，甚至在醫師與醫師間，資淺的醫師一樣需面對與資深醫師或不同醫療科別之間的資訊不對稱窘況，本研究結果即指出，年輕資淺的醫師只好以多做檢查的方式以減少診斷錯誤的機率，然而此舉卻也間接地誘發患者的醫療需求。

因此，院所本身對各個科別的控管制度則相形重要，藉由同儕制約的力量不但能減少不必要的醫療浪費，相對地也可以增進醫師本身的診斷處置能力，也同時能更有效率地利用院所的各項輔助檢查設備，減低各科醫師間的誘發需求發生率。而在醫療費用的支付設計方面，則需仰賴健保制度對各個不同層級院所間作公平公正的規範，畢竟，健保大餅如何在不同科別、不同院所間作切割，深深影響著臨床醫師的醫療處置行為，若分配不公造成醫病雙方對健保支付範圍與支付費用產生疑慮，結果也將間接造成醫師或患者的誘發需求。

研究顯示，雖然經濟誘因是造成誘發需求的主要動機，然而整個大環境對醫療生態的影響亦不能忽視，醫師本身也會受到環境的左右而改變行為模式，諸如患者對醫療體系的整體觀感、醫病之間的互動模式、對處置結果的主觀認知差異等等，均足以讓臨床醫師採取較為保守的應對或醫療處置方式，下意識地採取自我保護措施以減低醫療糾紛的發生頻率，在此醫病互不信任的情形下，被犧牲的絕不只是醫療資源的浪費而已，整個社會文化的人本價值觀亦將逐漸瓦解。

伍、討論與結論

由本研究結果得知醫師誘發需求的現象基本上是存在的，但其背後原因卻不是單純的經濟誘因考量而已，文獻對此結果也有不同角度的思維，Gaynor（1994）即認為不一定和價格有關，有可能是以提高服務品質來吸引患者。馬可容等（2002）認為患者可能因醫師之間的良好競爭而接受更細心的照護後，因此更樂於接受後續的醫療處置，也因而造成整體醫療支出的增長。

經與受訪醫師深入對話後，本研究結果顯現出幾點令人深思之處。首先，文獻資料顯示，大部分的研究都認為資訊不對稱是造成醫師誘發需求的主要因素，本文結果並不否定此觀點，但本研究發現醫療糾紛的陰影卻是另一個重要的影響因子，人是社會性的動物，一般民眾的醫療行為模式，是在整體大文化環境的薰陶下，受到個人、家庭與社會的多重影響而耳濡目染（杜異珍，1992），醫師自然也是社會中的一份子，不可能獨立於社會文化之外，然而，因醫病關係惡化所造成對醫師的影響卻遠超過局外人想像，診療過程中，醫師在某些情境下寧可多做一些可能是不必要的處置以安撫病人，卻也不願意因為少做或認為不用做而冒著讓患者誤會的風險。

其次，如同 Tsunoda 等（1999）指出，醫師誘發需求不容易與患者誘發需求作區分，本研究發現，許多歸因於醫師誘發需求的部分，其實只是醫師滿足患者需求的結果。至於醫師如此反應的原因，主要還是希望避免醫療糾紛的發生，畢竟疾病的病程千變萬化，再有經驗的醫師也無法全然掌控病程的變化，在此情形下，若能因時因地適當的滿足患者的需求，除了可以有安慰劑的效果解釋外，也能部分減輕醫師處置上的心理負擔。

最後由本研究結果發現，由於影響醫師誘發需求的內外因素眾多，有可歸因於醫師本身因素者，有望因於醫病關係的考量或社會環境因素的影響等等不一而足，因此，研究者建議後續研究醫師誘發需求現象時，應從「動機」方面做考量，亦即若醫師的原始動機純是為經濟誘因，這即是健康經濟學中所探討的誘發需求議題，然而若醫師所誘發的需求純粹是為患者著想，動機則是希望能防範意外或副作用於未然，縱使這種意外發生的機率極為渺小，結果也有很大的可能造成該預防性處置並沒有發揮實際作用，則此等誘發行為應屏除於醫師誘發需求的定義之外。

本研究除了達成預期的研究目的外，研究者並在概念上相對提出對於醫師誘發需求研究的不同見解，亦即建議以是否存有經濟誘因的「動機」考量後，再作後續的理論與實證分析，據此，研究者綜合本研究結果與 Laballe 等學者的概念，提出修正後的醫師「治療計畫與誘發需求關係」架構表（表 2）。

表 2 治療計畫與誘發需求關係

		該處置對患者是否有益		
		有益	無影響	有害
經濟誘因考量	是	I	II	III
	否	IV	V	VI

雖然 Labelle 等人 (1994) 對其發展出的架構謙虛的表示，醫療服務有效性與代理人有效性並不容易在實證分析上得到很好的印證，不容易在臨床上對所有醫師的所有作為作清楚的分類，而醫師的治療計畫是否恰如其分也難以作客觀的評估。縱使如此，Labelle 等幾位學者對此議題其實提供了清楚的脈絡足供後繼研究者依循，只是本文對此架構在實證分析方面的瓶頸亦有同感，因此本研究認為經表 2 修正後的分類，則能較為清楚的定義出純粹的「醫師誘發需求」僅僅落在 α 的區塊中。

表 2 與 Labelle 等學者所提出的理念架構 (表 1)，唯一卻也是最大的不同處在於，Y 軸乃由「代理人的有效性」與否，更改為醫師是否有「經濟誘因的考量」。原本 Labelle 等人在代理人的有效性部分，是以該醫師有否善盡代理人的責任，「假設」患者「若有等同於該醫師的資訊時是否會有同樣的醫療服務需求」為考量前提，進行後續的誘發需求交叉論述。

然而，本研究認為這樣的「前提」設計會造成考量方向的偏頗，主因在於代理人制度本身，本已實存代理人運作方面的倫理爭議，以及在制度配套上應如何作完善的防弊設計等棘手的問題 (李卓倫, 2006; 盧瑞芬、謝啟瑞, 2006)，在前提已存在許多爭議的情況下，後續的探討當然難以進入問題的核心作適當的推論。

本研究認為，較適當的方式應該以該醫師在作處置決定時，是否有「經濟誘因的考量」為討論基準，亦即直接以代理人倫理議題為考量方向，而且一旦改成縱向的以同個醫師的事前「病情診斷」(Y 軸) 時的考量，與橫向事後的「處置結果」(X 軸) 作討論，則在 Y 軸的討論範圍即可相對應符合 X 軸上「該醫師的處置是否有益於患者」的考量，由此兩邊存有交集之後，方才具有結果討論的意義。

另一方面，本研究認為 Labelle 等學者所忽視之處，乃在於「假設」若「患者有等同於該醫師的資訊時是否會有同樣的醫療服務需求」為考量，因為這項前提僅具理論導引功用，卻難以應用於臨床實務上；舉例而言，若以該看診醫師的專業知識假設為十分，則該求診患者對該科的醫療知識可以從零到十，而且可以斷言絕大多數的患者對比於該專科看診醫師，其專業醫療知識一定遠小於該醫師的十分滿分，此時如何而能簡單決定患者本身有無該醫療需求，而更重要的考量點是，今假設有一患者的專業知識達到與該看診醫師一模一樣的十分，此時唯一的可能就是該患者也是醫師，且需是同為該科的專科醫師才有可能兩者有「等同」的資訊，此時即不會產生資訊不對稱的情形。

但縱使如此，臨床實務上兩位醫師對同一求診患者的病情判斷，也不一定會有相同的診斷和處置 (莊世杰等, 2002)，也正因為每人看事情的角度不一，因此臨床醫師常有「會診」其他醫師的需要，同樣的，也因為個人立場的不同，對求診的患者而言，才会有尋求第

二意見 (second opinion) 的建議與必要。再者，由於疾病本身的不確定因素，使得同樣的疾病若發生在不同的年齡或個體上，也經常造成差異性頗大的臨床表徵或癒後程度，這些因人而異的疾病現象，即使是資深的臨床醫師亦難以在事前完全掌握。

正如同受訪者之一所言，醫學是很實際也很現實的行業，常常是以結果論英雄，若病人死了就是錯，活著就是對，只有簡單的二分法，中間並沒有所謂的模糊地帶。表 1 的架構討論即引用了目的論 (teleology) 中，目的性解釋 (purpose explanation) 和功能論解釋 (functional explanation) 觀點作為論述的理論基礎，廣義的目的論認為，自然現象或社會現象不但可以根據其初始原因來解釋，而且可以根據其朝向的終極狀態或目的來解釋。

以下即為對表 1 的說明，其中橫軸 (X 軸) 代表治療或處置的有效性與否，分別為有正面效果、無影響及病況惡化等三個部分，縱軸 (Y 軸) 則僅區分醫師本身原始是否有經濟誘因的考量。

- 一、區塊 1 及 4 代表的是「正確的」決策，因為該處置結果對患者而言具有正面效益，縱然醫師本身原有經濟誘因之考量，也稱之為是「可接受的」醫師誘發需求部分，主因在於改善了患者的健康狀況。
- 二、區塊 3 及 6 代表醫療過程中的誤診或是醫療過失，無論在整個治療過程中醫師有無任何經濟誘因考量均屬之，因為患者經處置後的健康狀況相形惡化，然而這並不包括因疾病本身的進程所導致的必然結果。
- 三、區塊 2 (或者可加上區塊 1) 對醫師而言，其原始的動機為經濟誘因的考量，因此定義為真正的醫師誘發需求部分，但該處置對患者而言，也有可能產生無預期的正面效益 (區塊 1)。
- 四、區塊 5 (或者可加上區塊 4)，因醫師本身沒有經濟誘因的考量，乃定義為是屬於醫病之間的一種社交活動，這類的互動關係包含兩個意涵，其一是醫師純為增進醫病關係而配合患者所誘發的醫療需求，其次是，醫師本身為減低醫療糾紛的風險所作的自我防衛的處置行為。但兩者之中的任一考量也有可能在不預期的情況下，造成對患者的正向處置結果 (區塊 4)。

上述對表 1 的分析，是綜合本研究的實證結果與 Labelle 等學者的理論架構所提出，避開了原始前提的假設缺失，改為以是否有「經濟誘因的考量」為交叉討論的基準，所強調的是，以同一位醫師的處置決定與相對應的處置結果作比較，本研究希望如此的模型設計能獲致理論與實務上對「醫師誘發需求」議題，有比較客觀與可行性的推論。

陸、研究限制

本研究雖然嘗試從不同的研究視野出發，希冀能發掘醫師誘發需求背後的深層影響因素，然而本研究仍然有其侷限之處，例如因醫療分科日益精細且由於各科醫師的臨床工作繁忙，在進行訪談邀約時並無法同時兼顧到所有的次專科醫師，而相對於本研究沒有訪談到的某些科別醫師而言，也許有其他的資訊未能清楚顯現在本研究結果中。其次，雖然本研究已顧及院所層級對醫師醫療行為的影響，然而即使是同等級的醫療院所的同一科別醫師，也有可能因院所位置的南北或是城鄉差距，而對醫師誘發需求現象會有不同的資料呈現。另外，由於本研究所探討的議題較為敏感，涉及受訪對象個人道德、法律責任與社會價值判斷等種種考量，或許在面對面的訪談時會語帶保留，未能充分反應出受訪者的真正意見。最後，本研究並未對中醫的醫師誘發需求現象進行討論，建議未來研究者可以留意這些可能的差異性。

參考文獻

- 干春暉、周习、鄭若谷(2007)。不完美訊息、供給者誘發需求與醫療服務質量。*財經研究*, 33(8), 97-107。
- 石之瑜(2003)。*社會科學方法新論*。台北，五南。
- 吳芝儀、李奉儒(譯)(1995)。*質的評量與研究*。台北，桂冠。(Patton, M. Q., 1990)
- 吳瑞真(2005)。*自導自演之機會？醫師從業準則對醫師行為之影響*。未出版碩士論文，臺北醫學大學醫務管理學研究所，台北。
- 李卓倫(2006)。*台灣健康照護制度改革的理論面探討，代理人與效率*。*台灣醫誌*, 25(5), 340-350。
- 李建成(2002)。*全民健保西醫基層醫療新單制對醫師誘發需求影響之研究*。未出版碩士論文，朝陽科技大學保險金融管理研究所，台中。
- 李美華、孔祥明、林嘉娟、王婷玉(譯)(1998)。*社會科學研究方法*。台北，時英。(Babbie, E., 1998, 8th ed.)
- 杜娟娟、張佳樺、張宛諭、黃妹娟、游佳蓉、吳明智、劉奕欣(2008)。*電子新聞報導一位名人自殺事件之內容分析*。*人文社會科學研究*, 7(1), 66-90。
- 杜異珍(1992)。*文化對女性乳癌病患醫療行為之影響*。*藥性博覽*, 9(2), 127-133。
- 林育珊(譯)(2008)。*TOP研究的必修課：學術基礎研究查卷*。台北，寂天文化。(Gris, J., 2004)
- 林俊乙(2004)。*OB CD 國或與台灣醫療保健支出成長因素之探討*。未出版碩士論文，逢甲大學會計與財稅研究所，台中。
- 林品章(2008)。*方法論－解決問題的思考方法*。台南，基礎造形學會。
- 林炳文(2006)。*供給面誘發需求與醫療保健支出的關聯性*。*醫療管理期刊*, 7(2), 137-154。
- 邱心怡(2007)。*供給誘發需求？醫師密度與醫師產能之相關分析*。未出版碩士論文，長榮大學醫務管理研究所，台北。
- 馬可容、鄭守夏、周穎政(2002)。*牙醫服務誘發需求可能性之研究*。*台灣醫誌*, 21(5), 339-348。
- 高業標、陳能志(2007)。*醫生醫療行為干預的必要性和可行性探討*。*中華現代醫院管理學*, 5(3), 4-6。
- 莊世杰、黃維民、林秀美(2002)。*台灣全民健保制度下論病計酬對醫師診療行為之影響*。*2002年醫療創新與新政策研討會*(頁A1-A15)。台北，真理大學。

- 許績天、連賢明（2007）。賺得越少，洗得越多？－台灣血液透析治療的誘發性需求探討。
經濟論文叢刊，35（4），415-450。
- 陳世能、邱雅苓（2003）。醫療保健支出成長因素之探討－時間序列分析與門檻模型的應用。*經濟研究*，30（2），197-240。
- 陳向明（2002）。*社會科學質的研究*。台北，五南。
- 陳孝平（2001）。從「資訊不對稱」看全民健保規範。*國政政策論壇*，1（10），178-179。
- 陳孝平（2003）。全民健保時務如何因應景氣波動。（衛生署委託研究計劃，計畫編號，DOH91-HC-1006）。嘉義，中正大學。
- 陳建志（2008）。本是同根生－新執業醫師健保醫療行為模式之研究。*台灣牙醫界*，27（10），11-25。
- 游金靖、胡月娟（2006）。慢性病患者健康行為的質性研究。*中臺學報*，18（1），113-131。
- 黃維縈（2006）。*總額支付制度、部分負擔與醫師誘發需求之關係*。未出版碩士論文，義守大學管理研究所，高雄縣。
- 楊鎰璋（2007）。*市級財源對醫師行為的影響－以西醫基層診所為例*。未出版碩士論文，台灣大學衛生政策與管理研究所，台北市。
- 雷良篤（2000）。醫生與醫療需求。*衛生經濟研究*，9，31-33。
- 蔡文正、龔佩珍（2004）。中醫醫療利用成長與醫師數增加之關係。*台灣雜誌*，20（6），463-474。
- 鄭守夏、劉林義（2004）。新設大型醫院對當地基層診所的影響評估－第二部分，病人流向與醫師誘發需求的可能。*台灣雜誌*，20（1），61-62。
- 盧瑞芬、謝啟瑞（2000）。*醫療經濟學*。台北，學富文化。
- Buato, A., Matter, P., & Kunzi, B. (2009). Factors related to treatment intensity in Swiss primary care. *BMC Health Service Research*, 9(49), 49-59.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In Valle, R. S., & King, M. (Eds.), *Existential-phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48-71), New York: Oxford University Press.
- De Jaegher, K., & Jegers, M. (2000). A model of physician behaviour with demand inducement. *Journal of Health Economics*, 19(2), 231-258.
- Delattre, E., & Dormont, B. (2002). Fixed fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians, *THEMA Working Paper, September*, 1-21.
- Fuchs, V. R. (1978). The supply of surgeons and the demand for operations, *Journal of Human Resources*, 13, 121-133.

- Gaynor M. (1994). Issues in the industrial organization of the market for physician services, *Journal of Economic Manage Strategy*, 3 (2), 11-55.
- Grytten, J., & Sørensen, R. (2001). Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway, *Journal of Health Economics*, 20, 379-393.
- Grytten, J., & Sørensen, R. (2008). Busy physicians, *Journal of Health Economics*, 27, 510-518.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. F. (2005). Three approaches to qualitative content analysis, *Qualitative Health Research*, 15 (9), 1277-1288.
- Izumida, N., Urushi, H., & Nakayoshi, S. (1999). An empirical study of the physician-induced demand hypothesis – the cost function approach to medical expenditure of the elderly in Japan, *Review of Population and Social Policy*, 17, 11-25.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology* (2nd ed.). CA, Sage publications.
- Kwon, S. (2007). The fiscal crisis of national health insurance in the Republic of Korea: in search of a new paradigm, *Social Policy & Administration*, 41 (2), 162-178.
- Labella, R., Stoddart, G., & Rice, T. (1994). A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand, *Journal of Health Economics*, 13, 347-368.
- Madden, D. (2007). Doctors' fees in Ireland following the change in reimbursement: did they jump? *The Economic and Social Review*, 38 (2), 259-274.
- Renckens, A., & Decaluwe, F. (2006). The phenomenon of the inducement of demand and various concepts in the economics of health. *Nors Belgae Med Tied*, 61 (4), 230-250.
- Rice, P. L., & Esay, D. (1999). *Qualitative research methods: a health focus*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Schabasans, Y. (1994). A new test for supplier-induced demand and application to the Canadian market for dental care, *Journal of Health Economics*, 13, 407-431.
- Schwandt, T. A. (1997). *Qualitative inquiry: A dictionary of concepts*. CA, Sage publications.
- Xirasagar S., & Lin, H. C. (2006). Physician supply, supplier-induced demand and competition: empirical evidence from a single-payer system, *The International Journal of Health Planning and Management*, 21, 117-131.
- Yip, W. C. (1998). Physician response to Medicare fee reductions: change in the volume of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in the Medicare and private sectors, *Journal of Health Economics*, 17 (6), 675-699.

附表 1 受訪醫師資料表

訪談編號	科 別	職 級	性 別
TYT01	加護病房	主治醫師	女
CZY02	急診	主任	男
CZU03	心臟內科	主治醫師	女
TMC04	小兒科	主治醫師	男
LUG05	家庭醫學	主治醫師	女
ZYW06	家庭醫學	主治醫師	男
LCSD7	呼吸治療	主任	男
HGD8	胸腔內科	主治醫師	男
HCD09	內科	主任	男
YDW10	心臟內科	院長	男
RGSL1	骨科	主治醫師	男
KCT12	齒顎矯正	主任	男
HYFL3	口腔診斷	主治醫師	男
CYTL4	口腔外科	主治醫師	男
HFM15	廣復科	主任	女

The Issue of Physician-induced Demand in Taiwan --Qualitative Research

Wan-Yi Lin

Abstract

Although many health economics papers have reported on physician-induced medical services demand, there has been little investigation or discussion that has applied qualitative methods. There is a consequent paucity of knowledge concerning this phenomenon from a qualitative perspective, and further inquiry is warranted to accumulate additional knowledge. This study involved undertaking in-depth and face-to-face interviews with physicians to investigate empirically their attitudes towards and behaviors concerning this issue. Content analysis was used to analyze data and generate the discussion and conclusions. Participants for the study were drawn from the staff of different groups of clinics, grades of hospitals, and sample selection by means of purposive sampling and snowballing methods. Semi-structured and face-to-face interviews were conducted in accordance with specific interview guidelines. Twelve meaningful codes were defined and grouped into four categories in order to assess the factors that affected how physicians dealt with medical services inducement. The pertinent factors were *environmental conditions*, *personal concepts*, *work experience and qualifications*, and *medical disputes*. The results revealed that medical disputes played an important role in determining how physicians were involved in this issue. The related research discussion presents different concepts of physician-induced demand for services and suggests that the existence of economic inducements should be for the subject of further theoretical and practical research. This research incorporates the model and findings by Labelle and others to develop a new framework that facilitates a more complete investigation of the ideology of decision making that influences the treatment plans devised and implemented by clinical physicians in a particular local context. The additional knowledge acquired will be of benefit to develop future research on this matter.

Key words: Supplier-induced demand, Physician-induced demand, and Medical dispute.

