

## Chapter 7 Practical and Human Considerations 實際與人性化的考量

111/08/18

違規查處室 蔡宜臻

1

**李伯璋署長：**

憲法法庭回來的時候，我跟高豐淪就一篇文章出去，在自由時報。我的態度就是希望他們相關團體不要污蔑我們政府機關，因為每次講得好像我們什麼在販賣那個大數據，哪有這回事，我又沒有拿半毛錢，還是誰有拿到？所以有些人為了要搶聲量，就講一些不正確的字眼，所以各位就是有什麼事情就反應一下好不好，那我們今天開始。

**趙偉翔科長：**

署長、各位署內長官以及醫界先進早安，今天是健保署英文專書的第7場讀書會，首先請署長為大家致詞。

**李伯璋署長：**

好謝謝，我想就是很謝謝大家，就是這本書好像大家唸得滿有心得，剩下也沒有幾章，不過我們非常謝謝呂宗學老師，很怕我們沒有書唸，就主動告訴我們說，我們不能只有聽美國的，我們要看一下歐洲的，所以我有傳給王宗曦組長，就是把它排進去，那另外他也有給我們一本書啦，就是可以唸的，所以我們大概不怕沒有書唸，只怕我們沒有認真唸，這是第一個。

第二個我想是這樣，各位知道部長最近都到我們各個分區去看，

那到每個分區去，大家最在乎就R值、S值，我就特別拜託劉林義，聽說他有一篇專題報告就在研究R值、S值，那我們就請他來跟我們做一個特別的演講。說實在從我6年前開始接這個工作，就是一天到晚在R值、S值，一家烤肉五家香，沒有人願意做這種事情，不過大家還是知道說這個大概是一直以來的一個情況。

昨天我有看到人家傳一個我們健保署的部分負擔，民國84年的資料，那個是歷史的一個照片，那時候我想我大概也不太在乎健保的一些業務，不過我是跟大家分享，我們純美更好玩，純美馬上就給我一個民國89年的研究報告，所以說大家都可以看一些相關資料，不過過去都是想一想就好，還是把握現在，好不好，那我們開始。

**趙偉翔科長：**

謝謝署長，接下來請今天的主講者，違規查處室的蔡宜臻專員，為大家介紹專書的第7章，實際與人性化的考量，準備好請開始簡報。

**蔡宜臻專員：**

署長、各位長官、同仁以及線上的與會先進大家好，我是違規查處室蔡宜臻，今天很榮幸能為大家導讀第7章的部分，實際與人性化的考量。

# 健康照護價值評估

## 挑戰

## 基本概念與技術

## 現實動機與需求



複雜性



關鍵經濟概念及其含意



連續性



現行價值評估方法



不一致

人類的本性



在前幾週的讀書會，我們瞭解到健康照護價值評估會面臨到的挑戰，以及所使用的基本概念與技術。那接下來今天我們將進入本書的第3個部分，現實世界的動機與需求，主要是在探討人性對於價值評估的影響，像是一個人過往經驗、政治偏誤或是情感因素等等。



# 報告大綱

- 01 觀點、動機與責任
- 02 社會、政治與文化因素
- 03 行為經濟學
- 04 影響價值評估測量與解釋的偏誤
- 05 總結與心得



3

這是我的報告大綱，依照作者的文章架構，會依序為大家做說明。

# 01

## 觀點、動機與責任

- 「價值」應如何定義  
→由「誰的觀點」來進行評估？
- 各利害關係人評估價值的動機、被賦予的責任  
→行為與選擇



首先延續作者在前幾章就不斷強調的一個概念，今天如果我們想要定義價值的話，就一定要先問我們是由誰的觀點來進行評估呢？因為各個利害關係人評估價值的動機、被期望的責任都有所不同，所以他們也會有不一樣的行為與選擇。我們將從6個不同利害關係人的角度的觀點來進一步做討論，包括病人，提供者像是醫療機構或是經營管理者，臨床醫師，付費者，接著還有第3方組織、像是藥商、IT公司等等，那最後一個是從社會的觀點去看。

# 病患 Patients

動機

1. 促進健康與生活品質
2. 降低自付費用與時間
3. 醫病共享決策



困境

📎 資訊不對等 → 較關注於自身經驗  
→ 評估價值的依據：「想要」 > 「需要」



行為

1. 容易做出有害健康的選擇與行為
2. 不清楚付費者所支出的整體醫療費用



5

首先在病患的部分，因為醫療照護是為了病患而存在的，所以病患的觀點是最重要的。病患評估價值的動機主要是促進健康以及降低自付費用，這幾年來他們也越來越重視醫病共享決策，但是由於醫療是很專業的領域，常常會存在資訊不對等的問題，這也使得病患往往比較容易關注在自身的經驗，使得他們評估價值的依據，常常是他們想要，而不見得是實際上對他們來說最符合他們需求的。



這也使得病患很容易做出一些有害健康的選擇與行為，像是他們可能會誤以為越多就是越好，導致他們可能會要求做過多的檢驗檢查，甚至是重複用藥等等。此外，病患可能也不是很清楚付費者所支出的整體醫療費用是多少，這也使得我們在控制醫療費用上面會面臨更多的困難。

## 提供者與臨床醫師 Providers and Clinicians

### 動機

1. 一致：提供高品質照護、賺取報酬
2. 不一致：處理倦怠過勞問題




- 1)  **提供者**：避免員工流失及降低相關風險與訴訟(消極)
- 2)  **臨床醫師**：促進心理及情緒健康(積極)

### 責任

1. 為病患最大利益做決定、提供高品質照護、保持財務可行性
2. 促進群體健康、為病患增能賦權，醫病共享決策、學術研究



### 行為

-  **Competing priorities**→為病患的最大利益考量?  
-支付制度趨勢：論量計酬轉變為以價值為支付基礎

6

接著是從提供者與臨床醫師的角度來看，作者認為這兩者在大部分的情況下，他們價值的評估的動機是一致的，主要就是希望可以在提供高品質照護的同時，也能夠賺取報酬。但是要注意的是，在處理倦怠、過勞的議題上，這兩者價值評估的動機就有點不太一致，對於提供者而言，他們的態度會比較消極，可能會認為說，我只要能夠避免員工流失以及降低因為過勞所產生的風險還有訴訟就好。但是對於臨床醫師而言，他們會認為促進心理以及情緒健康也是很重要、很有價值的事情。

他們被社會賦予了很多期望的責任，因為他們是擁有醫療專業的一群人，所以會被期望能夠為病患的最大利益做決定。那作者就提醒我們，如果這當中有出現**Competing priorities**的時候，例如說考量收入的因素，那他們還會為病患的最大利益做考量嗎？這也延伸出我們支付制度的趨勢，從論量計酬轉變為以價值為支付基礎，像是論質計酬或是整合照護等等，就是希望能夠達到雙贏的局面。

## 付費者 Payers

保險公司、健康計畫、政府的醫療保險與醫療補助  
(Medicare and Medicaid)

### 動機

1. 限制總支出
2. 促進群體健康、提高照護品質



### 責任

1. 支付費用與價格協商
2. 杜絕詐欺與濫用
3. 決定納入給付的選項



### 行為

- 總額制度、獎勵表現良好的提供者
- 醫療費用審查制度、虛浮報案件查核



7

接著從付費者的角度來看，像我們健保署就是屬於這樣的一個角色。我們評估價值的動機主要有兩個，第一個是限制總支出，第二個是促進群體健康以及提高照護品質。

責任方面則包括支付費用與價格協商、杜絕詐欺與濫用，以及決定哪一些品項要納入健保給付，那綜合以上這些，我們的總額制度就可以來限制醫療費用的總支出，另外我們也會獎勵表現良好的提供者，例如說針對糖尿病、腎臟病或是乳癌等等疾病治療的一些醫療給付改善方案，或者是針對醫缺地區、五大科等等提高支付。

我們近幾年也都是在運用大數據分析來做精準審查，對於虛浮報案件也都在加強查核。





## 第三方組織

Third-Party Healthcare Organization (TPHO)  
醫療設備公司、藥商、數位科技公司等

動機

1. 增加收入與利潤：銷售額、市場佔有率等
2. 創造有效的產品、設備、技術等，給予病患與提供者**支持與協助**，解決或改善服務提供的效率問題與照護結果



責任

除應以合乎道德的方式經營、以嚴謹的科學方式發展商品之外，對他們的期待責任並不高。



行為

使付費者與提供者**願意購買**他們的產品或設備



8

接著是從第三方組織的觀點來看，例如說藥商、IT公司等等。他們主要的目標是營利，所以他們價值評估的動機，主要也就是增加收入與利潤，那同時他們也必須要以合乎道德的方式來經營、以嚴謹的科學方法來發展商品，使付費者與提供者願意購買他們的產品。



## 社會 Society

動機

提高**整體人口**的**整體福利** - 對大多數人來說最大的好處

- 1.效益：總產出、生產力、GDP、人口健康指標的提升
- 2.成本：稅收



責任

促進/確保就醫公平、制定與執行法規、懲處詐欺與濫用行為、提供公眾健康教育、監督治療、資助創新研究



**對立力量的平衡**

- ✓ 效益與成本
- ✓ 不同團體的立場

透過政府  
政策呈現

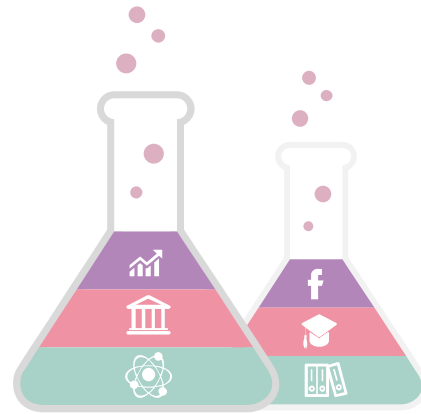
9

另外一個是社會的觀點，整體上來說，我們可以接受社會在健康照護領域的價值評估，就是希望可以提高全人口的整體福利，但是由於社會的組成十分多樣又複雜，當中會有很多不同的利害團體，他們考量的成本效益都有不同的立場，這往往就會涉及到很多對立力量的平衡，使得如果我們要從一個社會來去定義出一個價值的話，其實是非常困難的一件事。

# 02

## 社會、政治與文化因素

就算提供相同的資訊，  
也不會人人都做相同的選擇。



前面我們從各個不同利害關係人的角度來看價值評估，但是其實對於個人而言，就算提供相同的資訊，也不會每個人都做相同的選擇，因為社會、政治以及文化等等的因素，也都會影響一個人的行為與決定。

## 社會、政治與文化因素

📎 常見的相關因素：

- ✓ 宗教或精神信仰
  - 在宅臨終→居家安寧
- ✓ 對傳統醫學與另類療法的看法
  - 中醫
  - 氣功、太極拳、草藥及其他民俗療法
- ✓ 政治信仰、是否質疑權威
- ✓ 家庭與社區成員的階級制度
- ⋮



作者這邊就提供了幾個常見的因素給大家參考，像是宗教或精神信仰，可能對於某一些宗教來說，臨終地點是很重要的，甚至我們也可以看到在一些研究當中，在宅臨終也被視為是一個善終的指標，對於這群人而言，居家安寧就是他們在評估價值的時候，一個很重要的考量。

又例如說，像對傳統醫學與另類療法的看法，可能在某一些家庭，對某些長輩而言，他們會比較偏好去使用中醫，或者是氣功、太極拳等等的一些民俗療法。其他相關因素還包括像是政治信仰、家庭中的階級制度等等。

# 03

## 行為經濟學

人並非完全是「理性」的，  
「人性」影響著我們的決策行為

- 📎 複雜適應系統
- 📎 系統思維與認知偏誤



除了前面所提到的一些影響因素之外，接下來第三小節，我們會介紹一些比較偏理論方面的東西，從行為經濟學的觀點來看，一個人他做成決策背後的影響因素有什麼，因為人並非完全是理性的，人性會影響我們的決策與行為。作者這邊介紹了複雜適應系統以及系統思維與認知偏誤。

## 複雜適應系統 Complex Adaptive System(CAS) 1/3

### 📎 複雜適應系統(CAS)：

在一個複雜系統中，系統內各成員相互作用，並通過學習來協調各自的行為方式，使系統不斷進化和演變。

### 📎 將醫院或健康照護系統視為CAS：

- 成員各獨立自主，但行為仍受其他部分的組成影響
  - 同1個案例，2位醫事人員的照護決策可能不同
  - 新開業院所對周圍同業的影響



13

首先第一個是複雜適應系統，前幾週瓊萱視察在導讀複雜性這個章節的時候，已經有了很完整的介紹，然後我這邊再做一些補充說明，複雜適應系統是指在一個複雜系統中，系統內各成員相互作用，並通過學習來協調各自的行為方式，使系統不斷進化和演變，那我們可以將醫院或是健康照護系統，視為一個複雜適應系統，因為這當中的成員雖然是各自獨立，但是他們的行為仍然會受到其他部分組成的影響。

舉幾個例子來說，例如說今天有同一個案例，同一個病人得同一種病，給兩位不同醫事人員照護，那他們的決策有可能會不同，這兩位醫事人員可能會依據自己所待的組織、文化因素，或者是同事之間的互動，甚至是他們過往個人是否有過醫療糾紛等等相關訴訟的不同，都會使得他們有不同的照護決策。又例如說，像前陣子有報導說康是美要開藥局，像這樣子新開業的院所對於周遭同業也會造成影響，可能會使附近的藥局更加的競爭，甚至是藥師調劑的時段也有可能會改變。



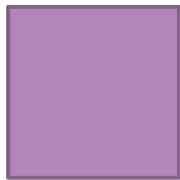
## 複雜適應系統 Complex Adaptive System(CAS) 2/3

📎 「出現(emergence)」現象：

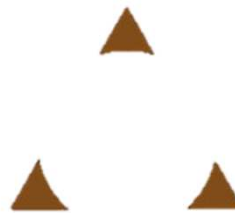
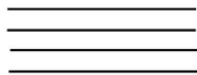
### 1. 整體大於部分之和；見樹不見林

### 2. 只評估單一成員的價值將歪曲整體總價值

- 新工具對個案醫師未達預期效益，不代表對整體組織無價值
- 收載新藥新醫材的時間



>



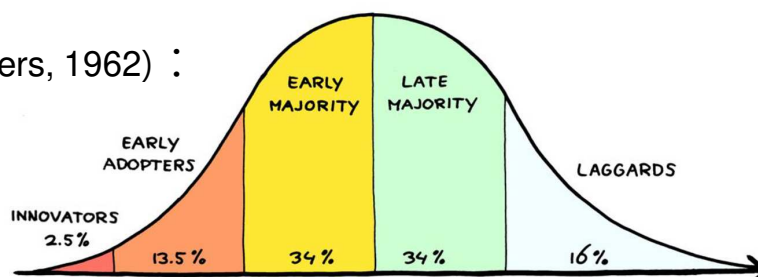
14

在複雜適應系統裡面有一個特別的現象叫「出現」現象，複雜適應系統是由很多不同的角色組成的，像是病人、醫師、護理師等等，我們在看一個政策的價值的時候，不能只從單一個角度來看，因為有一些現象是要從整體的角度出發，才可以被觀察到的。我們可以把它理解成整體大於部分之和，大家可以參考左下角這張圖，這4條線就好比說是4個不同的角色，如果我們只有看線的部份的話，就沒有辦法看到他其實組在一起的時候，是可以呈現出一個面的。我們也可以以見樹不見林的方式來理解，就像右下角這張圖，如果我們只看3個角的話，就只能看到3個3角形，但是如果出現一個圓形的話，就是要整體一起看才有辦法被觀察到。這也告訴我們，如果只評估單一成員的價值，那就會很容易歪曲整體的總價值，例如一個新工具對個案醫師如果沒有達到預期的效益，我們並不能直接下結論說就是對於整體的組織來說沒有價值。又例如說，像健保收載新藥、新醫材的時間如果不夠久的話，可能也很難看到他對於整體的價值。

## 複雜適應系統 Complex Adaptive System(CAS) 3/3

### 📎 創新價值的傳播：

#### 1. 創新擴散理論(Rogers, 1962)：



- 是否適用於健康照護系統中？
  - 需配合強制性政策，較不具可選擇性(支付標準、施打疫苗)
- #### 2. 比起創新擴散理論，CAS更能於組織中快速傳播促進創新。
- 組織內聯繫程度與具影響力成員，影響傳播速度

15

一個創新的概念要如何在複雜的適應系統裡面傳播呢？Rogers在1962年提出一個著名的創新擴散理論，這個理論是指一項新的事物或者是觀念，在一個社會體系當中被傳播的過程，每個人接受新事物的時間還有程度不同，會呈現一個鐘型的分佈曲線，這個理論很常被用在行銷上，但是在醫療照護系統中也適用嗎？作者說，雖然很多人會拿這個來運用，但是他覺得其實並不是那麼恰當，因為在健康照護系統中，很多政策其實是具有強制性的，個人並不具有選擇性。例如當健保有新的支付標準的時候，或者是政府在推疫苗施打政策的時候。作者認為，比起創新擴散理論，運用複雜適應系統其實更能在組織中快速傳播我們想要促進的創新。



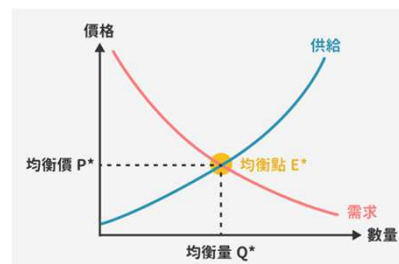
📌 如何預測人類行為？

1. 人的決策行為是理性的嗎？

1) 理論：理性

📌 經濟學「最大化消費者的效用函數」

- 供需法則



2) 現實：有限理性(bounded rationality)

(1978年諾貝爾經濟獎得主Herbert Simon)

📌 受限於有限的個人知識、認知能力、注意力、時間

📌 選擇” good enough”而非”optimal”的方案

16

接下來進入第二個部分，是系統思維與認知偏誤。人類的行為如何預測呢？人的行為是否是理性的呢？經濟學有很多的理论，都是建立在人是理性的這項假設上面，這也為供需法則奠定基礎。但是現實生活中其實人是有限理性的，因為會受限於個人的知識、專注力以及時間等等，使得人往往就只能做出一個相對來說比較好的決定，而沒辦法在理性的情況下綜合評估所有的考量，做出一個完美的選擇。

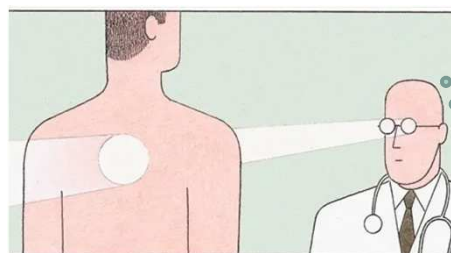
## 2. 認知系統 (2002年諾貝爾經濟學獎得主Daniel Kahneman)

### 1) System 1：自動化、直觀 - 快速反應

📌 經驗法則-可得性捷思法(Availability heuristic)

📌 直接或先出現的念頭

📌 熟悉的事物→重要；陌生的事物→不重要



### 2) System 2：深思熟慮 - 速度緩慢

17

2002年一位諾貝爾經濟學獎得主，他提出了認知系統，它將這個系統分為系統一與系統二，系統二就是人經過深思熟慮所做出來的決定，但是人在很多情況下，其實是用系統一來做決定的，他是一個直觀、快速的反應，根據每個人自己的經驗法則，以可得性捷思法來作出一個選擇，例如人很容易會以自己直接或是優先出現的念頭來做決定。

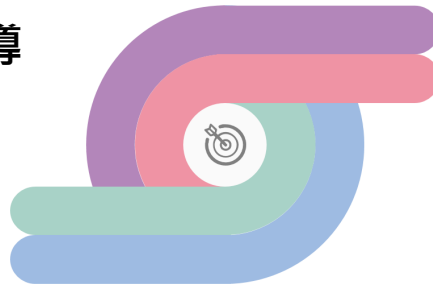
哪一些事情會是優先出現的念頭呢？例如說最近發生的事或是發生頻率很高的事情，或者是令你印象比較深刻的事，人會對於這些他熟悉的事物有一種認知偏誤，覺得說這些好像比較重要，然後會誤以為自己不熟悉的事情、感到陌生的事會有一種偏誤，這些事情好像不重要。

這邊舉兩個例子，如果今天有一個人在報章雜誌上面看到某一種藥可能會有什麼副作用，儘管這個藥物副作用的發生率不是很高，但是看到這樣子的報導，民眾可能會很容易與自己的經驗做連結，覺得我在吃這個藥，我也很容易會有這個副作用，那我不要吃了。作者提到即使是專業的醫師，也有可能受到這樣子認知偏誤的影響，如果近期內有某一種診斷，它的發生率或是盛行率很高，那醫師在看他自己病人的時候，如果有類似的症狀，他也很容易會做出相同的診斷，或者是在開立處方的時候，也很容易遇到這樣的問題。

# 04

## 影響價值評估測量與解釋的偏誤

不理性行為所導  
致的偏誤



影響價值測量的偏誤：

- 📌 觀察者效應
- 📌 錯誤歸因
- 📌 樂觀偏誤

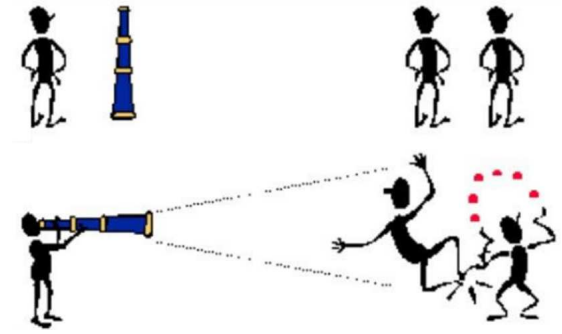
影響價值解釋的偏誤：

- 📌 後見之明偏誤
- 📌 沉沒成本與宜家效應
- 📌 佩茲曼效應

前面我們瞭解到，根據一些理論，人類的行為很多都是不理性的，這些不理上會導致一些偏誤，使得我們在做價值評估測量以及解釋上都會有一些偏誤，作者這邊舉了6個例子來介紹給大家。

# 1. 觀察者效應；霍桑效應 Observer Effect; Hawthorne Effect

- 被觀察者知道自己成為被觀察對象而改變行為傾向的反應
- 降低實驗研究的外在效度，使結論的推論有困難



19

首先第一個是觀察者效應，又稱為霍桑效應，是指被觀察者知道自己成為被觀察對象的話，就會改變他的行為，這個現象會降低實驗研究的外在效度，使得結論的推論有困難。

## 2. 錯誤歸因 Attribution Error



高估

個人屬性



情境因素



低估

### 醫療錯誤的真實原因？

北O醫院打錯針事件

組織因素、醫療作業環境因素、病人因素...

咎責個人而未從系統中檢討錯誤

↓  
制定偏誤的政策，無法真正解決問題

20

第二個是錯誤歸因，是指一個人看到別人的行為的時候，很容易把他歸因到個人的屬性，會比較容易忽略有可能是情境因素導致的。作者舉了一個例子，像是今天如果有一個人遲到進辦公室的話，大家對於這件事情可能會優先歸因到，會不會是你這個人就是特別懶散、不積極這樣子，所以才會自己睡過頭，可能會比較容易低估一些可能的情境因素，像有沒有可能外面在塞車，或者是他發生了什麼交通事故意外。

在醫療場域可能會有什麼樣的現象呢？像是如果今天有一件醫療錯誤發生的時候，他背後真實原因是什麼？10幾年前在土城的北O醫院有打錯針的事件，就是護理師誤把肌肉鬆弛劑當作疫苗打在小朋友身上，當然護理師有他自己的責任，可是在其他的情境因素呢？有沒有可能是組織的因素，可能是輪班或是交班制度的問題，或者是醫療作業環境因素，像是有可能藥品針劑擺放的位置不對，甚至有可能是病人根本就提供了錯誤的資訊。如果我們只究責於個人，而沒有從系統中檢討錯誤的話，就很容易制定偏誤的政策，沒有辦法真正解決問題。

### 3. 樂觀偏誤 Optimism Bias

樂觀像酒，你得理性享用

「樂觀」能鼓舞你不負此生、砥礪前行；

「樂觀偏誤」卻會蒙蔽你的雙眼，一步步邁向危機。

——塔莉·沙羅特，《正面思考的假象》



- ✎ 吸菸者易低估自己的罹癌風險
- ✎ 醫師易高估自己病患的醫囑遵從性



僥倖心理  
↓  
做出有害的選擇

21

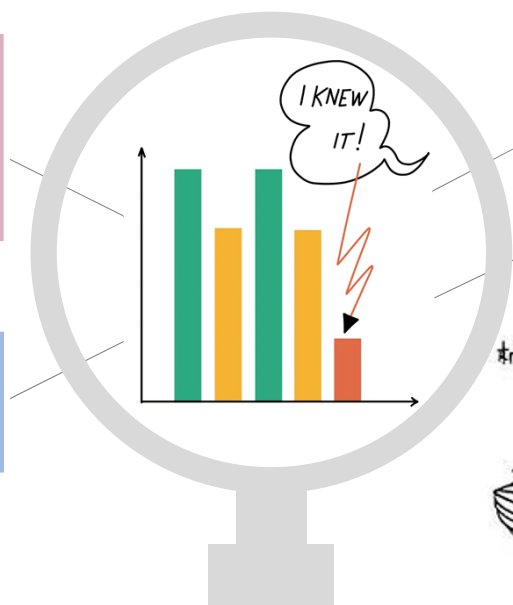
第三個是樂觀偏誤，正面思考的假象這一本書中有一段話跟大家做分享，他說樂觀像酒，你得理性享用，樂觀能鼓舞你不負此生、砥礪前行，但是樂觀偏誤卻會蒙蔽你的雙眼，一步步邁向危機。就是在告訴我們，看事情的時候要樂觀，但是不能過度樂觀。

那一個很典型的例子，吸菸者很容易低估自己的罹癌風險，他們會覺得倒楣的不會是自己，得肺癌的都是別人。醫師也容易高估自己病患的醫囑遵從性。綜合這兩個就會使得一些治療更加的困難，如果存在樂觀偏誤這樣的僥倖心理，就很容易讓人做出有害的選擇。

## 4. 後見之明偏誤 Hindsight Bias

2. 試圖建構  
出一個合  
理的故事

1. 選擇性地  
回憶資訊



3. 作出「結果一定是  
可以預測」的解釋

4. 阻礙學習與嘗試

机智的我早就看穿了一切



【事後諸葛】

22

第四個是後見之明偏誤，其實就是事後諸葛的一個概念。是指人看到一件事情的時候，他很容易選擇性地回憶資訊，從自己過往的經驗，去抓取一些他覺得可以跟他看到的現象做因果連結的關聯，想要從這當中建構出一個合理的故事，進而做出結果一定是可以預測的解釋。

如果落入了這樣的後見之明偏誤，就很容易阻礙一個人的學習與嘗試。

## 5. 沉沒成本偏誤與IKEA效應 Sunk Cost Bias and IKEA Effect

**分手，還是繼續？**  
離不開的渣男/渣女



→無效醫療

**認為自己參與創建的事物較具有價值**



→醫病共享決策

23

第五個是沉沒成本偏誤與IKEA效應，沉沒成本是指付出但是沒有辦法再回收的成本，為什麼很多人會離不開渣男、渣女？或者是不一定是渣男、渣女，可能是愛情長跑好幾年，但是其實你心裡很清楚這段關係並不適合你，如果你落入了一種思維是，我都已經為這個人犧牲奉獻這麼多了，那我現在跟他分手，過去的付出還有努力不都白費了嗎？如果有這種想法就是落入沉沒成本偏誤。經濟學家會建議大家理性的選擇，就是要認賠殺出，不要再把自己往後的人生都賠進去。

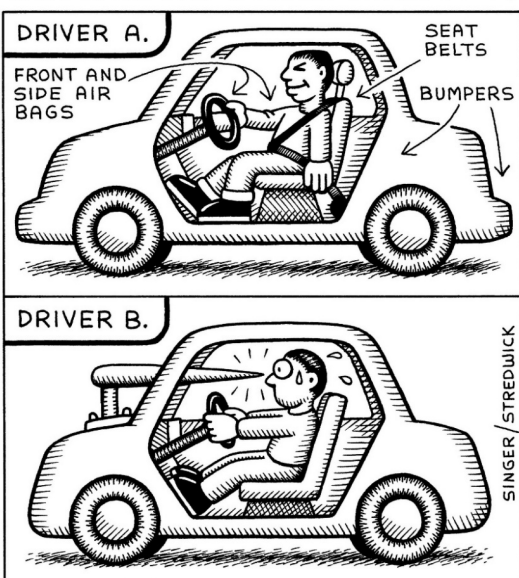
今天如果有一個病人，他在做無效醫療，他自己心裡也知道這是無效醫療，但是他為什麼還要繼續做，有一種可能就是他也落入了沉沒成本偏誤，因為他可能覺得時間、金錢都花下去，我不繼續做的話，那我前面的不都白費了。

那IKEA效應是，認為自己參與創建的事物較具有價值，因為IKEA的家具需要自己組裝，然後就發現很多人會對自己組裝出來的傢俱感到特別的滿意，即使可能客觀上來說不是很完美，就是有點類似癩痢頭的兒子是自己的好這種概念。如果用在醫病共享決策的話，如果讓病人參與的話，病人對之後的照護結果會有比較高的滿意度。



## 6. 佩茲曼效應 Peltzman Effect

WHO WILL DRIVE MORE CAREFULLY?



### 實施安全措施

- 降低風險感知，增加危險行為
- 實際效益比預期的更低
- 安全效益被危險行為的增加所抵消



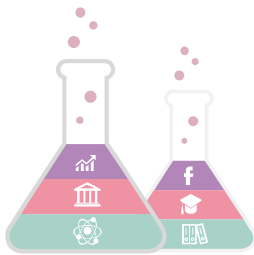
24

最後一個偏誤是佩茲曼效應，佩茲曼是一位經濟學家，他有一天就在思考左邊這張圖，駕駛A與駕駛B，駕駛A是有實施安全措施的，他的車子有安全氣囊，他有繫安全帶，駕駛B是沒有，佩茲曼就在想，那駕駛A跟駕駛B誰開車會比較小心謹慎呢？誰出車禍的風險會比較高呢？最後實驗結果證明，駕駛A有實施安全措施的，反而降低了他的風險感知，增加了他的危險行為，反而讓他的出車禍的機率更高，然後到這邊就得到一個結論，就是實施安全措施的實際效益比預期還要來得更低，因為安全效益被危險行為的增加所抵銷。

這兩年因為疫情的關係，有一些學者也有寫一些文章，在探討為什麼國外有一些國家，他們在疫苗覆蓋率上升了之後，卻還有第二波的疫情，當然有可能是病毒變種的問題，但是有些學者他們也思考，有沒有可能是佩茲曼效應在這當中起了作用，可能有一些民眾打了疫苗，或者是自己已經確診過了，會覺得說獲得了一顆無敵星星，導致他們在其他的防疫措施，戴口罩或是酒精消毒等等，就比較沒有那麼的謹慎，反而又增加了疫情的染疫風險。

# 05

## 總結



無數且錯綜複雜的因素，影響著價值評估

- ✓ 各利害關係人的動機、責任
- ✓ 社會、政治、文化因素

瞭解影響decision-making的相關理論，有助於解釋價值評估

- ✓ 行為經濟學
- ✓ 人性-認知、情感因素

不理性行為導致偏誤 (Bias)

- ✓ 使價值測量與解釋失準
- ✓ 可善用以鼓勵特定行為

這章到這個地方跟大家做個總結，無數且錯綜複雜的因素，像是各個利害關係人的動機、目標、責任，以及所處的社會、政治、文化等因素，都會影響價值評估。如果我們可以去瞭解影響decision-making的相關理論，會有助於我們解釋價值評估。例如從前面的行為經濟學，我們可以知道人有許多的行為都不是理性的，認知或是情感等等的人性因素都會影響我們去解釋價值評估。這些不理性的行為會導致許多的偏誤，使得價值評估的測量與解釋失準，但是從另一方面來看，如果我們可以善用這些偏誤的話，也可以用來鼓勵一些特定的行為。像是前面提到認知偏誤，人類很容易依據自己的經驗法則來做一些決定，作者就提到我們如果善用這個偏誤的話，就可以去調整我們的政策出現的頻率，或是要怎麼樣出現的順序，就可以達到我們希望被宣導的人，他們有什麼樣的行為。

## 心得 1/2

- 📎 推動健康存摺
- 📎 調整部分負擔
- 📎 醫病共享決策
- 📎 檢視沉沒成本偏誤

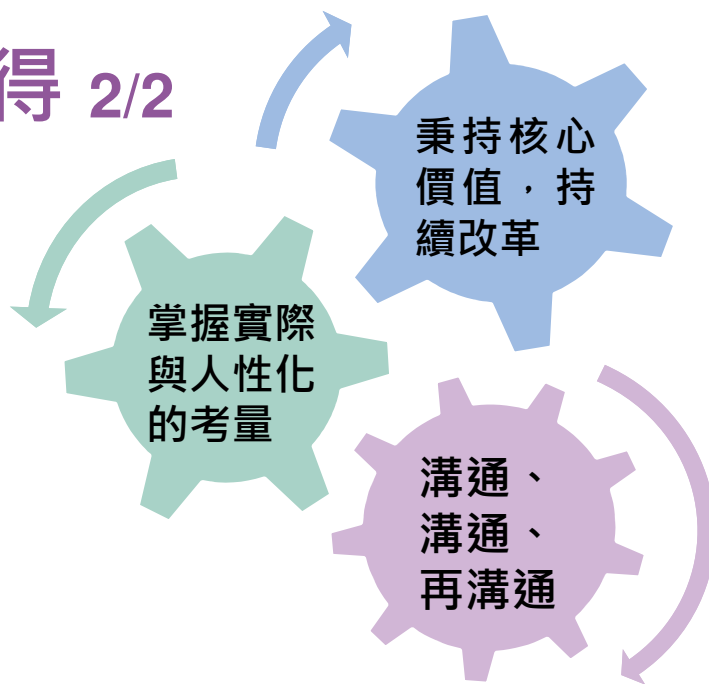


健康存摺			
就醫簡歷			
就醫次數		就醫歷程	
門診			
年度	次數	部分負擔	健保點數
109	5	620	22934
108	7	670	2570
住院			
年度	次數	部分負擔	健保點數
~無資料~			

最後是一些心得跟大家分享，透過這一章內容告訴我們的東西，對我們健保政策的啟發。像是使用人數突破1千萬的健康存摺，在這上面就可以解決我們前面最一開始所提到的，民眾可能不清楚健保到底幫他付了多少錢，這上面都可以看到。也包括部分負擔的部分，可以讓民眾對於使用者付費這件事情更有概念，然後進而可以更珍惜健保的資源。

健康存摺上面可以看到個人的就醫歷程，包括檢驗檢查、用藥等等，也有助於醫病共享決策。最後一個，檢視沉沒成本偏誤，我想這是對於我們健保署的一個小小的提醒，或許我們可以參考作者所列到的幾個偏誤，然後回頭去檢視我們是不是有一些長期試辦的計畫，是不是可以重新再做評估，去考量他實際上的價值到底是什麼，避免我們一直做下去，落入了沉沒成本的偏誤。

## 心得 2/2



台灣有健保制度真的是一件很幸福的事，我們大家身為健保署的一員，就是要秉持健保的核心價值持續推動改革，在這個過程當中，掌握實際與人性化的考量，去瞭解各個利害關係人的需求，進而透過署長一直在叮囑我們的溝通、溝通、再溝通，來讓健保的各項政策與制度都可以更加的完善。

謝 謝 聆 聽      敬 請 指 教



28

以上是我的報告，謝謝大家。