

南 華 大 學
應用社會學系社會學碩士班
碩士論文

台灣醫療體系改革中醫病關係的變遷
The Transformation of Physician-patient Relation in the
Reform of Taiwanese Health Care System



研 究 生：張育茹

指 導 教 授：齊偉先 副教授

中 華 民 國 106 年 06 月 21 日

南 華 大 學
應用社會學系社會學碩士班
碩 士 學 位 論 文

台灣醫療體系改革中醫病關係的變遷

研究生：張育茹

經考試合格特此證明

口試委員：周平

林昱瑄

謝清志

指導教授：謝清志

系主任(所長)：蘇峰山

口試日期：中華民國 106 年 6 月 21 日

謝誌

當完成到此階段，也意味著我在南華大學的碩士學習進入了句點。從護裡踏入社會學領域，實在是挺辛苦的學習，慶幸一路有很多人的協助與相伴。

首先要非常感謝我的指導教授齊偉先老師，在我總是迷失論文寫作學習方向之時能看到我的問題，適時的指引、提醒與指導，老師總能用淺學易懂的方式指導不材的我，指導論文過程真的是讓老師費心了，也非常的感謝，讓我獲益良多。

感謝黃郁惠學姐，回首當時踏入南華大華讀書動機除了是在醫院舉辦的質性研究課程裡找到興趣外，最大的動力來自於郁惠學姐的鼓勵！在課業的學習上每當遇到困境或是挫敗，郁惠學姐總是在旁的協助與幫忙，在報研究計畫及進行口試時，郁惠學姐也特別請假在旁陪我一起，讓我很有安心的感覺，真的非常感謝一路有郁惠學姐的相伴。

感謝南華大學周平副教授、南華大學林昱瑄助理教授在我論文口試期間費心審閱，並給予的正面肯定及細心的指導與批評，並惠賜諸多建議，使本論文內容更加的完整。

感謝我們科的主任李明陽主任，對於單位同事要進修總是採以鼓勵與支持，對於我也是給予很彈性的時間運用，門診的衛教工作他就自己默默的卡下來，這段時間真的非常謝謝他的支持與體諒。

感謝嘉義基督教醫院質性研究小組的夥伴，翠蓮、勝焜、麗珍學姐、郁惠學姐、白惠文醫師等人在我讀南華的日子給予問候、關懷，尤其在我論文口試時郁惠學姐、翠蓮、勝焜的加油相伴跟協助，真的很讓我很感謝又感動，有你們真好。

最後感謝我的父母，在我趕論文期間無法時常回家探望陪伴的體諒，也不敢打電話打擾沉浸在論文書寫的我，讓我除了感謝也愧疚這段時間沒能善盡為人子女的孝順。

謝謝每一位在我生命中出現的人以及每一位幫助我的人，謝謝您們，因為有您們，讓我有更完整的學習、歷練，得到美好的結果，謝謝您們，我愛您們。

台灣醫療體系改革中醫病關係的變遷

中文摘要

隨著民眾教育的水平提高、民主意識的高漲、網路的發達，醫療資訊取得變得方便，讓民眾在就醫時擁有更多發言及自主權，再加上全民健保的給付制度，造成了整個醫療管理體系往績效主義傾斜，深刻地影響了醫病關係，媒體爭競下聳動標題的使用，凸顯衝突與悲情，間接影響醫病關係的信任。本文以質性研究方式，採半結構、深度訪談、參與觀察及田野筆記收集資料，呈現第一線臨床醫護人員的真實感受及其衍生的相應對策及態度。本研究結果發現影響醫護病關係變化的三個結構性因素為，(一)在新管理主義的潮流下，健保給付制度的導致的結構性的影響，(二)基於經營需求，醫院採取績效主義及顧客管理主義，限制了醫療專業自主權，(三)資本主義社會中，消費精神影響了醫療使用者的觀念。上述的結構性因素變化，致使醫護人員臨床工作量更加重，壓縮了與病患溝通的時間。日益擴張的消費意識及醫療人權意識，日趨緊張的醫病關係，迫使醫護人員採取相對防衛性的處置與溝通。本文建議：身處醫療環節中的各個組織與成員應進行適度的自省與改善，建立透明與開誠布公的討論與溝通，相關的建制單位應建立順暢的對話管道，媒體應該傳播醫療正確、正面的訊息及內容，長遠的根本改善仍然建議醫療與社會責任教育要向下扎根。

關鍵詞：醫病關係、全民健保、新管理主義、媒體

The Transformation of Physician-patient Relation in the Reform of Taiwanese Health Care System

ABSTRACT

With the increasing popularity of education, the rising of democratic consciousness, the rapid development of world internet, and the availability/accessibility of medical information, patients develop their autonomy in medical decision and health care. Under the influence of the payment system of National Health Insurance, Taiwan medical management system is dominated by performancism, which impacts on the physician-patient relationship profoundly. And the mass media tends to seek popularity by shocking statements through highlighting the conflict and tragedy of the reported events, which also indirectly affects patients' trust in their physicians. This study attempts to present the consequential affections and reactions of the frontline health care professionals through the methods of qualitative research, semi-structured and in-depth interviews, observation, and field notes. The result of this research points out three structural factors which influences the physician-patient relationship: (1) the structural impact of the national health insurance system under the trend of the new managementism, (b) the hospitals' adoption of performancism and customer managementism which restricts the autonomy of medical professionalism for meeting business needs, (c) the conceptual influence of consumerism on medical consumers in the capitalist society. These aforementioned structural factors increase the medical workloads and consume time of medical personnel, leading to the lack of communication with their patients. The increasing awareness of consumerism and the human right to health, as well as the increasing tension between physicians and patients, compel the medical professionals to communicate with patients and treat diseases

defensively. Therefore, this study proposes that every institution and member in the system of medical care should reflect on themselves so that they can strengthen their Weaknesses. Furthermore the mechanism of transparent and open discussion / communication should be established. The relevant departments should establish a regular dialogue channel. The media should broadcast correct and positive medical information. The basic education of medicine and social responsibility is imperative for radically resolving the proposed problems.

Key words : physician-patient relationship, national health insurance, new managementism, mass media



目 錄

謝誌.....	I
中文摘要.....	II
ABSTRACT	III
目錄.....	V
圖目錄.....	VII
表目錄.....	VIII
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	2
第三節 研究方法及研究架構.....	3
第四節 研究參與者與研究倫理.....	6
第二章 文獻探討.....	7
第一節 台灣醫療環境的制度變遷.....	7
第二節 醫病關係的變遷.....	16
第三節 影響醫病關係的社會因素.....	18
第三章 台灣醫療及健保建制體系變遷的影響.....	23
第一節 專業責信受到新醫療給付政策的挑戰：健保所引發的影響.....	23
第二節 專業分工化：多元化的護理師.....	30
第三節 健保給付下扭曲的醫療生態.....	37
第四章 醫療使用者的醫療消費行為.....	48
第一節 網際網路及傳播媒體力量的影響.....	49

第二節 民眾以服務業的心態來就醫.....	53
第三節 醫病關係中常出現的斷裂類型.....	57
第五章 結論與限制.....	66
第一節 影響醫護病關係變遷的重要因素.....	66
第二節 研究建議.....	68
第三節 研究限制.....	69
參考文獻.....	71
附錄.....	78
附件一.....	78
附件二、個案管理師的角色、職責與能力.....	79



圖目錄

圖一、醫療場域關係圖.....	5
圖二、研究對象圖.....	6
圖三、醫策會、醫院與衛生服利部關係.....	10



表目錄

表一、傳統與未來經營管理特性之比較.....	15
表二、醫療照護概念的典範轉移.....	15



第一章 緒論

第一節 研究動機

隨著時代的變遷，醫療環境與過去的時代相比有著相當大的改變。過去醫護的知識與技術具有專一性，加上資訊取得的壟斷性與隔閡，一般民眾無從獲得專業性的醫療知識，甚至也缺乏獲得基本醫療衛教常識的機會。是以，當醫療提供者提出醫療主張時，病患端幾乎是沒有討論的能力，更遑論參與制定治療方針或是選擇治療方式，唯一剩下的只能遵從醫療端的意見，這顯現了過去醫病之間極度的不對等。但隨著醫療科技的進步（同一疾病可選擇的有效治療方式增多）、民主意識的高漲、網路的發達，資訊取得變得方便且具時效性，民眾教育的水平提高，對於文字閱讀能力也大幅提升，甚至可透過自身語文能力，或是翻譯工具，獲致解讀醫療專業文章與資訊的能力。這些改變，讓病患端發現自己在就醫時有發言權、有拒絕權、有選擇權。

近年來，由於媒體市場化的競爭，在進行醫療報導時，強調新聞性的特性遠高於知識性的報導，因而常有模糊醫療糾紛爭議的報導，並有再現病患獨立抗衡醫療機構的企圖（邱玉蟬，2007），致使原本可以是彰顯病患尋求公道的途徑，媒體卻變成再製醫病之間不平等權力關係的來源之一。另一方面，媒體報導常宣導民眾應對每一項醫療處置或是照護系統抱持質疑的態度，並檢視其過程是否有無疏失，以確保所謂「知的權利」，此舉雖有其正面的影響，但也不乏有部分媒體進行選擇性的報導，只強調醫療權威與病患的弱勢，卻鮮少報導民眾濫用資源，不合理要求及病患與家屬無理取鬧的現象，因此也間接影響醫護病關係的信任度，強化了彼此緊張、互相猜疑、醞釀成醫、病之間許許多多的緊張與衝突。

除了以上兩個社會結構的條件性因素外，全民健保的實施，也讓台灣的醫療環境發生了巨大的改變，就醫療保險制度的涵括範圍而言，由少數人投保的公、

勞保變成全民納保的全民健保。醫療市場需求與供給由原先單純的「病患—醫師」，轉變成病患、醫師、健保署的三角關係。全民健保的施行，雖然大幅改善病患就醫的方便性與可近性，鮮少發生因經濟因素無法就醫的情境。然而，這項制度的給付主要採取的是「論量計酬」的概念而非「論質計酬」的概念。直接影響的是醫師的醫療行為傾向，也同時造成了整個醫療管理體系往績效主義傾斜，創造了一個與過去迥異的醫療價值體系，深刻地影響了醫、護、病關係。本研究以一位醫療體系中第一線的護理人員的角度，試圖探討近十多年來醫、護、病關係的變化，並反省現行醫療環境的諸多問題。

第二節 研究目的

傳統不對等的醫病關係，經過社會變遷，已有相當大的改變，醫療人員不再擁有絕對的專業權威，而醫病關係也不再是絕對的「上對下」的關係，而發展出消費者與提供服務者的新關係。醫療市場化加上民眾對醫療行為摻入了消費主義的價值觀，致使民眾對醫療體系產生許多不合理的企盼，甚至提出一些不符合專業的要求，進而影響了民眾對醫療專業的合理尊重。

全民健保總額支付制度對醫療機構造成嚴重財務衝擊，加上醫療評鑑制度的產生，更使得醫療困境雪上加霜。為了應付新的醫療競爭環境，醫院管理者以顧客關係管理的觀點，希望有效地提升顧客滿意度、忠誠度，進而提升醫療照護品質與經營績效（吳英隆，2007）。當醫院管理的策略是以顧客關係為導向的同時，就是把醫療推向商業化，民眾也順理成章地將醫療護理行為視為一種商業行為，醫療人員成為醫療服務的提供者。但醫護照顧的是「人」，而不是商品，醫療也無法百分百的保證能治療到好，這與民眾的高度期待有落差。加上消費意識高漲的時代，民眾更注重自身的權益，又在傳播媒體的推波助瀾之下，造成醫護病彼此

關係的緊張與對立，而出現更多的質疑與不信任，關係日漸惡化。

鑑於筆者身處在醫療場域工作中，面對質變的醫療環境與醫病關係，憂心醫護人員的熱情將被消磨殆盡，醫護人員的頻繁流動，終將影響到病患的就醫安全，故引發筆者想深入探討健保體制如何影響醫療的競爭、現今的醫療體制與規範又如何影響醫療人員的醫療行為及態度，本論文的研究目的有三：

(一)探究健保體制對醫院經營帶來甚麼樣的衝擊，並探究醫、病關係近年來所產生的變化。

(二)探究醫療環境在市場化過程，消費者充權之意識高漲的影響。

(三)探討醫、病關係變遷的過程中，醫療實務作為有何相應之道。

第三節 研究方法及研究架構

質性研究可使研究者在研究的歷程之前先設定一些策略、程序，使質性研究跟研究對象有更良好的互動，進而探究人類行為的具體事件和對人類的狀況更清楚及更深層的思考（謝秀芳，2002）。在質性研究中，深度訪談為最常被使用資料收集方法之一，范麗娟（1994）提出訪談中個人的主觀看法和內心感想才是預測個人現在及未來行為的重要變項。此研究方法是一種訪談者與受訪者兩方面對面的社會互動過程，訪問的資料正是社會互動的產物（畢恆達，1996；李美華、孔祥明、林嘉娟、王婷玉譯，1998；袁方編，2002）。

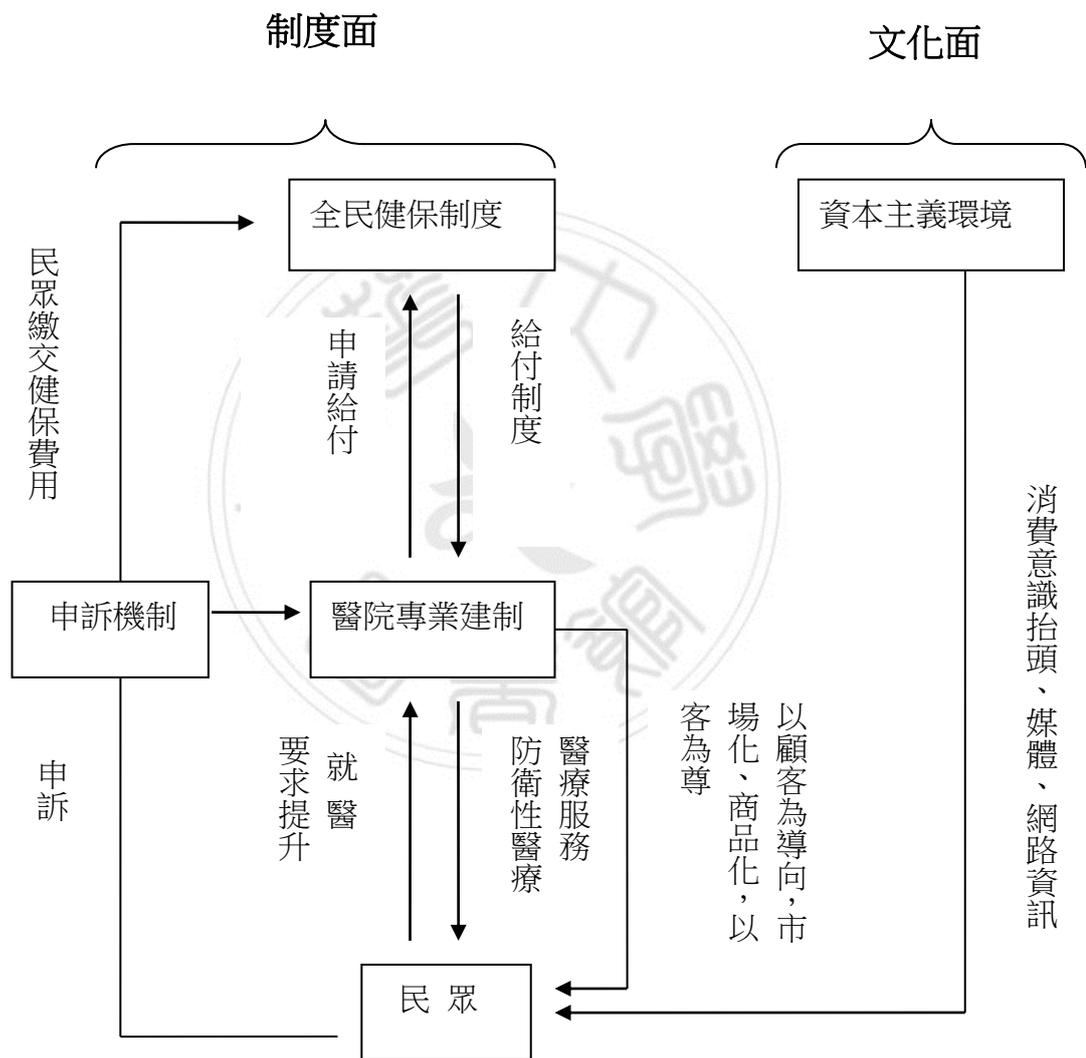
本文研究的場域為醫療院所，係研究者之工作職場，研究者以質性研究為取向，採以半結構、深度訪談、參與觀察及田野筆記進行收集資料。研究者使用深度訪談的目的，立基於透過深度訪談使受訪者談出自身經驗及情緒感受，並對事

件能充分地描述，以呈現第一線臨床醫護人員在面對健保給付、醫院的績效管理及面對外在環境（媒體因素、民眾透過網路或其他管道獲得的半專業知識的影響）變化時，醫護人員在醫療場域中的真實感受及其所衍生的醫療作為，例如在預防醫療糾紛的發生而產生的防衛性醫療等。佐以參與觀察職場的實作狀況，深入探究醫、護端與病患之間的互動關係，藉以引發反思，尋求可以改變的應對方式，進而改善醫護病間關係的緊張及衝突。

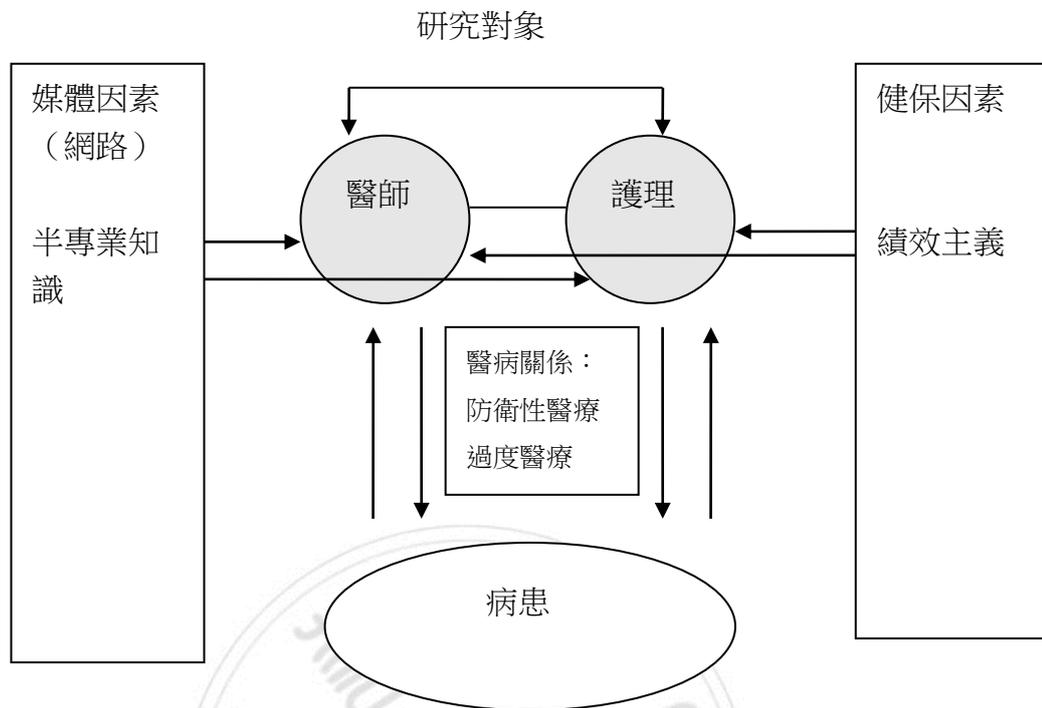
與醫病關係的變化相關的討論涉及以下幾個面向，首先是全民健保制度的面向。全民健保的制度與醫療服務的所得息息相關，論量或是論件給付，甚至總額給付等變化，無不深刻影響醫療體制內各部門的關係，為引發醫護病關係變化的重要原因之一。其次涉及的面向為醫院內部組織文化面對全民健保給付變化所產生的後續因應效應。醫院組織面對醫療制度改變後，產生新的管理模式、新的醫療職類，加以外部對醫院服務加諸的評核、訪查、認證以及評鑑等，亦對醫護病關係變化產生直接與深刻的影響。另一個面向是文化層面的影響，在資本主義環境下，民眾對醫療服務的認知發生一些改變，其中包含了消費意識的抬頭、媒體與網路資訊涉入醫護病之間的知識溝通等。在這幾個面向的交互影響下，產生了新的醫護病關係，其間的相互影響以及其與本研究醫療場域之間關係圖示如圖一。

傳統觀念裡，在醫療專業中的醫病關係，病患處於相對弱勢，但現今醫療知識獲取容易已將差距拉近，醫病關係不再是過去的父權模式。相對的，醫療人員身處現今的體制下(資本主義介入醫療產業，健保給付影響醫療體制及醫療作為)，雖然擁有專業的知識權力，但免不了在這環境變遷中，遇到前所未有的困境跟難題，所以本文研究對象並未針對病患角度深入探討，反以醫療人員作為研究對象。研究對象的選擇乃配合研究架構(如圖二)，研訪談對象選擇臨床年資 5 年以上，除累積豐富的臨床經驗外，對於醫療環境的變化更有感受與經歷。本研究共訪談 6

位一線臨床醫護人員，分別是二位男性醫師（主治醫師年資分別為 13 年、6 年，平均年齡 40 歲左右）、三位女性臨床護理師（臨床護理年資分別為 17 年、13 年及 6 年，平均年齡約為 33 歲）、一位女性疾病個案管理師（臨床護理年資 17 年，年齡近 40 歲）。



圖一、醫療場域關係圖



圖二、研究對象圖

第四節 研究參與者與研究倫理

研究者利用半結構訪談及職場參與觀察法收集資料。先擬定好訪談大綱，向受訪者說明訪談目的，經受訪者同意並填寫同意書，訪談地點以受訪者工作場域的會談室為主，訪談過程經得受訪者同意全程錄音，並以匿名方式行編碼，以保護個資，維護隱私。訪談後將訪談所得資料謄寫成逐字稿，並進行資料分析及編碼。對受訪者之自主權及隱私保密、採取公平對待原則，並送 IRB 委員會 (Institution Review Board, IRB) 審查。

第二章 文獻探討

第一節 台灣醫療環境的制度變遷

工業革命後，健康不平等發生，德國從 1883 年開始以社會保險形式營運的健康保險，來保障健康的平等性，並在 20 世紀中漸行全球（洪建德(Chien-Te Hung，2007)）。而台灣的醫療於 1895 年中日甲午戰爭割讓台灣後，日本政府以西醫教育作為建設台灣醫療體系的主流，並於 1899 年建立台灣第一所西醫學校--台灣總督府學校，即是現在的台灣大學醫學院。台灣光復後，政府於 1945 年 11 月接收台北帝國大學醫學部，並改名為國立台灣大學醫學院（陳儀如，2012）。1950 年台灣開始實施社會保險。本節將說明，在 1950 年代以來，台灣醫療環境制度的變遷概況。

一、台灣健康保險制度歷史脈絡

台灣的勞工保險自 1950 年開辦，是台灣施行的第一個社會保險制度，初期只有現金給付，並沒有醫療給付。1958 年公務人員保險開辦，並將醫療照護納入保險給付範圍，進而開啟了醫師與社會保險之關係。1968 年勞保及公保皆都提供了醫療給付，使得國民得以普遍且深刻體認社會保險的實質利益，1985 年依行政命令試辦了農民健康保險。但截至 1992 年，臺灣地區尚有 55% 的人口沒有健康保險（江東亮，1992）。為了進一步保障人人有公平就醫的機會，政府於 1995 年 3 月 1 日全民健康保險制度開辦，不分年齡、性別、收入以及健康狀況，全體國民依法都有權利及義務參加全民健保（江東亮、文羽莘等，2014）。

勞保於 1950 年開辦，直到 1956 年與 1970 年才分別提供住院及門診醫療給付，但 1958 年開辦的公務人員保險就已提供住院、門診醫療給付（李志宏、施肇榮，2010）。鑑於當時經濟水準的低落，勞工保險局從 1960 年自行訂定偏低的醫療費

用支付標準表以控制醫療費用的價格與支付，縱使日後台灣經濟繁榮發展，給予支付的醫療費用未隨著市場變化而調整（藍於深，2007），當時醫界收治勞保病人同時又可收治自費病人，所以醫療收支可以達到平衡，故尚未感受到日後全民健保所帶來的醫療給付問題。

台灣全民健康保險制度，整合了原有的 13 種健康保險制度，是一種全民普及性的社會保險制度，由國家立法方式強制全民加入，創造出一個政府經營的、高度權力集中化的單一保險人、單一付費體系，大幅的擴大與集中國家機關在醫療服務領域的權力（藍於深，2007）。健保採取普遍性強制納保，因此讓保險的風險分攤效果達最大，所以也大大的改善弱勢群體的「醫療近用權」(access to medical resources) (蔡政宏，2014)，然健保統籌收繳全民健保費用，同時也代表了民眾「獨買」醫療照護，成為醫療機構最主要「金主」(楊志良，2001)。

1. 健保給付的更迭

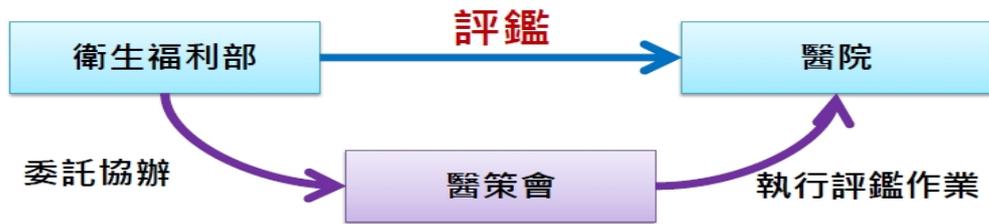
為了確保民眾就醫的權益、保障醫療的品質，對醫療的項目進行訂價跟審查，必然需要某種程度上地介入醫療行為並訂立規範，醫師對病患的醫療自主權也將因此受到影響。另外，健保開辦後，政府也必須面臨其他施行全民健保國家相同的困境，亦即財務入不敷出的壓力（黃國哲、陳怡樺等，2007）。為了有效的節制醫療費用的成長，給付制度不斷地更新：從 1995 年的「論量計酬」逐步改為「論病例計酬」、2002 年改為實施「總額預算」、2010 年實施「住院診斷關聯群支付制度」(張薰榕、史麗珠等，2012)。因給付制度的變化，黃國哲、陳怡樺等（2007）的實證結果顯示，國內醫院在總額支付制度實施後所採取的是因應策略是以顧客為主的市場導向為主流。醫療院所面對健保支付制度不斷地在改變，以及市場化的衝擊，無不加強管理、精簡人事成本，使得醫療人員勞動條件惡化、工作壓力遽增，也連帶著衝擊病患的就醫安全及醫療品質（葉德豐、楊銘欽等，2005）。陳建立的研究指出，總額給付制度的實施過程既沒有有效的促進醫療費用的分配合

理化，也未能完全的落實全民健康保險的旨意，在共同分攤財務風險上的機制，也因為點值浮動的結果，將財務風險移轉給醫療服務提供者，這對於由保險人專斷辦理的審查機制，在提升專業自主性及尊嚴的目的上，還是有落差存在（陳建立，2005）。

2.醫院評鑑制度

台灣醫院評鑑的歷史，可追溯到 1978 年教育部與衛生署共同舉辦第一次教學醫院評鑑，目的是為醫學院學生指定合格的實習場所，以確保實習醫師訓練的品質（廖慧娟，2007）。當時教學醫院評鑑對象只限於具有訓練、教學能力的少數大型醫院。勞保局對醫學中心級的醫療給付採個別洽定，普遍優厚於一般的醫療給付給付，占大數非教學醫院則是受到比較嚴格給付限制（楊漢泉、王美芳、1992）。大型醫院受惠於各別洽定的給付條件，更有能力競相擴建及添購新儀器、設備，導致醫療水準參差不齊，未能顧及整體醫療平衡及病患權益保障。1986 年醫療法開始實施後，1988 年時衛生署與教育部辦理首次的醫院暨教學醫院全國性醫院評鑑（蘇喜、戴政，1994）。除了為確保醫療品質及平衡醫療資源發展外，透過全國醫院評鑑將合格醫院依功能分為「醫學中心」、「區域醫院」、「地區醫院」以配合醫療網規劃之原則（蘇喜、戴政，1994）。同年並開始舉辦全國性的醫院評鑑（圖三），依醫學中心、區域醫院、地區教學醫院以及基層醫療單位的區分，每 3-4 年需重新評鑑一次（鄭守夏、陳啟禎，2014），健保局則依照醫院評鑑級別給予醫療給付，兩者攜手而行，用醫療給付來當作是一種資本控管的對象，藉此管控醫療體系。鑒於健保的開辦，給付制度的改變，再加上各項評鑑制度的設立，醫院的相應之道，除了讓醫師埋首於臨床醫療照護工作之外，還須應付各種行政、教學、研究業務以符合政策及評鑑要求（唐辛嵐、鄭博文等，2014），隨著工作項目的擴增，醫師必須在更短的時間內完成其工作，這種「工作壓縮」(work compression)，除可能會造成醫療錯誤與醫師健康問題（余忠仁、蔡宏斌等，2015）外，也衝擊

照護的品質與病患的安全。



衛生福利部主辦：

- 評鑑作業程序、評鑑基準訂定公告
- 評鑑委員遴聘
- 實地評鑑列席督導
- 評鑑結果開會公告

醫策會協辦：

- 評鑑作業程序、評鑑基準研修擬定
- 評鑑委員遴選推薦
- 實地評鑑行程安排執行
- 評鑑結果辦理評定會議

資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網站-本會、委員與衛生福利部關係，2014

圖三、醫策會、醫院與衛生福利部關係

3.教學醫院評鑑

依據 2016 年教學醫院評鑑基準及評量項目裡評鑑條文 4.3.2 規定：過去 5 年內，專任主治醫師（含西醫師、牙醫師、中醫師）曾於須經同儕審查（peer review）之學術性期刊，以醫院名義發表研究論文，其發表論文之醫師佔全院專任主治醫師總人數比例，應由醫院依據自身功能屬性及其研究目標設定，西醫師、牙醫師、中醫師之研究至少須達 10%（申請醫學中心評鑑者，西醫師研究發表應至少達 50%），且至少須有 1 人發表論文；惟該類醫師專任人員數未達 5 人（含）者，可不受至少須有 1 人發表論文之限制。除醫師以外，評鑑條文 4.3.3 規定：過去 5 年內曾以醫院名義發表論文之人數佔全院專任護理人員，總人數比例至少須達 1%，且至少須有 1 人發表論文。而針對藥事、醫事放射、醫事檢驗、物理治療、職能治療、營養、呼吸治療、臨床心理等職類專任人員：過去 5 年內曾以醫院名義發表論文之人數佔全院該職類專任人員總人數比例須達 10%，且至少須有 1 人發表論文；惟若臨床心理師未達 5 人（含）者，可不受至少須有 1 人發表論文之限制。醫事人

員除了應付醫院評鑑外，又得面臨教學醫院評鑑而努力產生論文。在醫學教育及醫師訓練過程中，醫學生的教育屬於教育部，而醫學生的畢業訓練屬於衛生署。因此所謂的教學醫院，在原始的規劃中，醫學生（under-gradrati）的教學、訓練為主，屬於教育的一環。衛生署的教學醫院評鑑僅為教育部委託代為評鑑醫院是否有教導醫學生能力及條件而已。醫院等級的評鑑則為衛生署醫療政策的職權範圍內，主要著重在臨床醫療品質控制及醫學畢業生的訓練，如住院醫師，較類似職業訓練或進修（杏林論壇，1996）。然而衛生署對此兩種不同性質之評鑑，經歷幾次評鑑後，已越來越混淆，造成不少後遺症（杏林論壇，1996），也額外增加臨床醫療人員工作的負擔。

二、醫管的興起

衛生署的統計資料指出 1994 到 2005 年間，醫療機構衰退率為 32.4%，醫院由 823 家減少至 556 家，肇因於醫療費用不斷上漲，加上消費者意識抬頭及同業競爭與併購。為了營運考量，醫院管理者無不思考如何降低成本及促使資源合理分配，以提昇經營績效（陳惠芳、謝明娟、等，2006），醫院管理者除了要確實作好內部控制外，對於外在環境的變化與政府政策走向，更要瞭若指掌（曾淑芬，1999）。為了提升醫院的競爭力，紛紛引進商業改善品質管理的手法於醫院的管理中，例如品管圈、全面品質管理、企業流程改造等，目的在於改善服務品質與效率，繼以吸引及維持顧客（陳玉萍、曾振淦等 2011）。

(一)新管理主義

1970 年代末期，英國前首相柴契爾夫人（the Thatcher Administration）採新右派的理念與觀點，革新英國政府組織作為與公共服務提供，主張去官僚化、超越層級理性控制、引進市場競爭機制、以顧客為導向，學習企業經營精神，圖以改造政府公共服務職能，重現政府效能新形象，掀起了全球化新公共管理運動思潮

的風行（廖俊松，2007）。台灣在 1990 年代中期以後，有許多政策充滿新管理主義的影子（詹盛如，2010）。醫療體系也同樣受到新管理主義的影響，在世界各國均為政府高度介入的產業，在組織理論中常被定義為服務業中的非營利組織，但在經營上卻因深受政府的醫療政策及相關法令的影響，雖不像一般企業以營利為首要目標，但也重視經營績效及服務品質，引入新管理主義的經營理念（陳惠芳、謝明娟等，2006）。

1.顧客滿意度

劉燦宏、任文瑗等(2004)建議醫院身處在快速變遷的全球化競爭環境，如果能利用顧客關係管理的理念，以顧客價值為核心，精確的掌握顧客的需求，提供個人化的服務，可以大幅提升醫院的經營能力，擴大醫院的價值鏈活動，讓醫院躍升為健康產業的中樞。醫院的顧客滿意是指民眾對醫療服務和照護的期望與實際感受到的服務和照護間的一致性程度；也就是說，是民眾在接受醫療服務後，所產生對醫院服務的主觀態度（何雍慶、李怡慶，2013；Kotler & Keller, 2003）。滿意度能影響到忠誠度，滿意度高的顧客比較願意重複購買、並給予正向的口碑及推薦給他人（Anderson & Sullivan, 1993；Flavian, Guinaliu, & Gurrea, 2006；Lam, Shankar, Erramilli, & Murthy, 2004；Oliver, 1999；Tsirous & Mittal, 2000；Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996），醫院逐漸朝向成本效益與品質兼顧的經營，積極建立顧客關係。各個醫院紛紛引入顧客關係管理(Customer Relationship)，因為 CRM 強調確實掌握顧客的需求與消費行為，同時注重對個別顧客的關懷，其主要的訴求是最經濟的方法獲取顧客的忠誠度與終身價值。在競爭越來越激烈的市場環境中，為了達到永續經營的目標，各醫院莫不以提昇醫療服務品質與病人滿意度，以爭取病人長久支持。

2.疾病品質照護認證標章

醫院不只參加大評鑑，教學醫院評鑑，醫策會於 2008 年參考國外經驗，結合台灣醫療專家與合作醫院，共同開發疾病照護品質認證，表示藉由這些認證可以鼓勵並肯定醫院在特色領域進行提升品質、卓越發展的成果，有利醫院形象塑造。認證的項目有疾病照護品質認證、母嬰親善醫療機構認證、美容醫學品質認證、健康檢查品質認證，醫策會在其網站載明著，新制醫院評鑑精神回歸「以病人為中心」的評鑑制度，以病人的醫療服務品質取勝，重視醫療團隊的整體合作，並以符合病人為中心來重新思考與規劃醫院應有的經營策略及制度，其目的都與疾病照護品質認證相同，卻要醫院參與評鑑又要參與認證，醫院配合國家政策，醫療人員也只能配合著醫院政策，工作量卻不再只是單純的照顧好病人，而還必須透過這些評鑑、認證才是證實有照顧好病人。

3.ISO 認證

ISO 是國際標準化組織 International Organization for Standardization 的簡稱，1987 年公佈的 ISO 9000 系列品質管理制度適用於全世界各行各業提高其產品、工程或服務的品質層次，進而達到世界認可的水平。行政院衛生署 2012 年 12 月導入 ISO 9001 品質管理系統（資料來源，衛生福利部網站），ISO 9001 系列的標準強調「顧客為重」、「過程導向」及「績效管理」精神。剛好在這樣新管理主義、績效主義下的思維下，為追求經濟(Economy)、效率(Efficiency)、與效能(Effectiveness)，醫院經營管理部門所採取的策略就是提供符合顧客期望的服務，達到顧客滿意的目的，一方面限縮新增的醫護的人力成本，一方面提高工作的速度要求，並藉績效管理提昇組織的應變力及競爭力，以達到企業永續經營之目的，促使一個人須負擔多重角色工作，以增加醫療的利潤。此已顯示現在的醫療環境大大的與勞保時代相差甚遠，醫療人員的工作負擔日以巨大。

當管理運用於醫院及其他醫療機構已成一種世界趨勢，醫師對於醫院企業經營的看法及反應為何？丁志音（1998）的研究中指出，醫師對於醫院實施企業

經營化管理的正面果效是：有效率、善用資源、提升服務品質。但實施企業經營化管理所導致的商業化、缺乏人性及情感、專業自主權的喪失及醫病關係惡化等問題，則是令醫師詬病的負面果效。對於醫院實施企業化經營管理有一部分的醫師譴責大型企業及政府，也有一部分的醫師悲觀的認為，這是大環境的變遷，是不可避免的趨勢。丁志音（1998）在文中提及近來有許多學者會使用 Kublor-Ross 的哀慟理論五階段(否認、憤怒、協商、沮喪及漸漸接受)來描述醫師在醫療照護體系革新的衝擊下，面臨種種損失後所產生的心理反應。當治病與診療的過程由傳統的雙邊關係變成多邊的關係時，醫師面臨多方制衡的力量，不免對其專業感到焦慮與疑惑，陷入一種尷尬的處境中。林恆慶、陳處杰（2003）的研究指出，在美國所實施的管理式醫療對醫師造成很大的衝擊，臨床自主權受限、醫病關係受損、收入減少，但其確實可有效抑制醫療費用的上漲及醫療品質提升及監測。

(二)新管理主義下的新典範

盧美秀（2016）在其文章中指出，台灣1995年實施的全民健保，讓民眾就醫的可近性提高，民眾對健保的滿意度達80%以上，但也因可方便的自由就醫，導致健保財務入不敷出，在無法提高健保費率，只能採取總額支付制度，當醫院以衝高服務量來因應的同時，也造成醫院服務量的失控，甚至拿不到給付。過量的服務量，使得醫護人員的工作負荷越來越沉重，已造成醫護專業人才不斷流失，醫療體系瀕臨崩潰之窘境，突顯了「醫療改革的迫切性」。2001年健保局推動健康計畫試辦方案，將糖尿病、氣喘、肺結核、乳癌、子宮頸癌列為論質計酬的疾病，促成醫療服務機構將個案管理師模式發展成為一種多專科整合的臨床照護系統，以護理師擔任個案管理者（case manager），針對診斷個案提供持續性、協調性的照護模式（吳易霖、葉莉莉等，2010）。醫療機構之經營管理特性已由傳統方式邁向新視界（見表一），醫療照護亦已發生典範轉移（見表二）。

表一、傳統與未來經營管理特性之比較

經營管理特性	傳統方式	新視界
經營環境	單純、穩定 複雜	動態、不確定
經營定位	國內的	全球的（國際化、全球化）
經營取向	專注內部	內外部兼顧
組織型態	功能/部門式官僚組織	扁平式、變形蟲式、虛擬式、網路型組織
經營指標	大量生產	全面品質管理
	附加價值:生產力、利潤	價值創新：品質、顧客滿意、企業形象、企業責任與倫理
專業分工	功能專家（專才）	跨功能團隊與功能專家並重
管理單位	單一固定的	各單位都有責任
資訊	個人	多元化的
決策	個人	團隊
組織溝通	正式（上對下）溝通	開放的
升遷	層層節制、強調年資	能力好與績效佳者優先
管理機制	集權式管理	政策與控制集權、管理作業分權、授權、即時決策
	強調責任、努力忠誠、規章、制度、程序	強調專業和管理能力、績效貢獻、企業文化、資訊管理系統、專業技能與自我管理
領導風格	威權領導	綜合運用轉換型領導、交易型領導、真誠領導

（摘自：盧美秀（2016）· 醫療保健市場的現況與護理主管面臨的挑戰和因應· 新臺北護理期刊，18(1)，1-22）

表二、醫療照護概念的典範轉移

舊典範	新典範
強調急性住院病人的照護	強調照護的持續性
強調疾病治療	強調維護和促進健康
為個別病人負責	為特定人群的健康負責
以提高佔床率為目標	以提供最適當的照護為目標
由增加市場佔有率而成功	由照護人數和促進人們健康而成功

醫院、醫師與醫療照護計畫是分開的	整合型的醫療照護體系
管理者重視組織內部管理	管理者關切市場狀況
管理者是部門主管	管理者打破組織界限，協調服務
管理者協調服務	管理者主動追求品質，並持續進行品質改善

(摘自：盧美秀 (2016) · 醫療保健市場的現況與護理主管面臨的挑戰和因應 · 新臺北護理期刊, 18(1) , 1-22)

第二節 醫病關係的變遷

醫病關係指的是醫療人員與病人之間的互動過程，主要是循著對彼此雙方角色的期待。因為時代的變遷，由派森思 (Parsons) 病人角色理論發展到Freidson的衝突模式理論，時至今日，經多位不同學者的整合及歸納，醫病關係的模式分為合作模式與衝突模式 (杜明勳、蔡世滋，1987；蔡世滋，1991；劉仲冬，1988；劉仲冬，1988；林綺雲，1998)。

(一)功能主義派森思 (Parsons) 病人角色理論

認為醫病關係是一種社會制度角色互動，醫師和病人都在扮演制度化的角色。Parsons賦予健康與疾病相當社會與文化的定義，每個人在社會中都有其社會角色要扮演，所以當一個人無法適當扮演其社會角色時，應當要有人協助。病人與醫師的角色便是如此 (張智雅，2006)。疾病角色理論延伸出來的醫病關係是社會系統合作互補的角色關係。醫師和病人的目的是一致的，醫生的角色是在治療病人，而病人的角色是遵循醫師的指導才能康復 (張智雅，2006)。依照Parsons理論架構，醫病關係模式是屬於合作關係的類型。

(二)Freidson 的衝突模式理論

1950年代後，由於精神分析的影響，開始關注病人的心理及社會層面，醫病關係也跟著改變，醫療社會學的發展，醫病關係理論也開始修正，學者們發現醫師和病人興趣並不一致，病人在意的是生病對生活全面的衝擊影響，而醫師只關心病人身體中的病理變化，這些的發現提供了社會學家新的思考，70年代以後，衝突模式理論開始出現。1970年Freidson提出衝突理論，他認為醫師和病人的觀點基本上是互相牴觸的，在病人眼裡，生病是個人獨特的經驗，然而對醫師而言，病人只是醫師臨床個案的其中一員，病人永遠覺得醫師給的關心及注目不夠，醫師也覺得病人自私貪婪，永遠都不會滿足。因為這樣的緊張關係存在，所以Freidson認為醫病關係基本上是衝突的（張智雅，2006）。

(三)台灣的醫護病關係變遷

1965年宣教士馬雅各醫師引進西洋醫療，改善了台灣人民的健康、提供本土醫療的水準、創造了醫師在人民心中普遍尊敬的地位。在醫院未普遍的年代，醫師診療方式大部分是由醫師受到請託，然後前往病患家看診、給藥及進行衛教，只要病人有需要，半夜也會外出診療，因此醫病間建立了良好的互動及信賴感（陳儀如，2012）。時至今日，繼之而起的是醫療競爭的環境，社會價值觀隨著經濟發展與教育的普及跟著改變，社會面對多元價值，不免有價值拆解的現象與價值重整的需求，社會在變，人心在變，價值在變（陸洛，2013）。隨著醫療產業環境的轉變，傳統的行銷策略轉進成以顧客為導向的顧客關係管理（吳英隆、謝碧容，2007），醫療知識和科技的發展，使得醫病互動基礎轉向於體系信任，卻也同時弱化了傳統社會之堅實紐帶的人際信任，醫療糾紛時有所聞（葉永文，2012）。盧美秀（2016）指出，由於社會價值觀改變，在1950年代醫學倫理所重視的絕對道義倫理體系，認為只要病人有挽救生命的需求，醫護人員一定要善盡道義上的義務，而目前除了重視病人的權利外，也開始重視病人的自主權，尊重病人拒絕無效醫

療的決定。醫病關係發生極大改變，過去醫病關係有如父子關係，所有醫療處置都由醫師作主，而目前病人則自認自己是醫療消費者，醫護人員只是醫療提供者，必須重視其需求，一切以病人為優先，一定要滿足其高品質的醫療照護需求（盧，2013b；2015）。

第三節 影響醫病關係的社會因素

美國 1960 年代醫學科技興盛，醫師處於優勢的醫療環境，重視權力與名利更盛於對病患的醫療照護服務之本質，逐漸引起社會的批判，使得醫療人權之理念逐漸萌芽。1962 年美國總統甘迺迪更首次提出消費者四大權利：講求安全、知道真相、選擇及表達之到的權利。1963 年國際消費者組織聯盟 (IOCU) (IOCU 已於 1995 年更名為 Consumers International，簡稱 CI) 再訂出了消費者的八大權利：基本需求、講求安全、正確資訊、決定選擇、表達意見、講求賠償、消費教育、健康環境，五大義務：認知、行動、關懷、環保、團結，而成為世界各國消費者的共識。

一、服務導向的資本主義環境及醫療使用者的權利及意識的抬頭

(一) 行政院消費者保護會成立

台灣自 1994 年 7 月 1 日行政院消費者保護委員會(2012 年 1 月 1 日改名為行政院消費者保護會) 成立開始，全國性工商團體代表即是行政院消費者保護會委員之一，剛開始的運作比較強調「保護」，但隨著國內外消費者保護趨勢及執法實務的轉變，提升消費者意識，教導消費者聰明消費，以採取合理及避免受害的消費行為，以及保護正當企業的合法利益、兼顧消費者權益與整體經濟發展，已逐漸納入消費者保護行政的理念內；在各項相關政策的決定上，都會邀請產、官、

學及消費者代表提供意見，加以綜合考量，期望能創造消費者、企業經營者及政府三者共贏局面。

(二)醫療人權

1980 年代，Tom Beauchamp 和 James Childress 出版生物醫學倫理原則 (Principles of Biomedical Ethics)，奠定了直到今日還在沿用的現代醫學倫理架構，其四大原則為：病患自主權 (Autonomy)、行善 (Beneficence)、不傷害 (Non-maleficence)、公正 (Justice)。世界醫學協會在 1981 年發表里斯本宣言，列出病患在尋求醫療診治過程中的基本權利，包括病患擁有自主權，再加上 1948 年聯合國人權宣言裡闡明了病患的知情權及醫師維護隱私權的義務，成為今日醫病關係的基本守則 (翁詩鑽，2016)。台灣中華醫學會於 1982 年 (第十四屆年會) 告知全體醫師會員世界醫學會之主張病人享有的六大權利：(1)病人有自由選擇醫師的權利、(2)病人有接受醫師於不受外界干擾下，自由執行臨床及醫療道德上有關判斷的權利、(3)病人於了解正確資訊後，有接受或拒絕治療的權利、(4)病人有權要求醫師尊重其所有醫療及個人資料的隱密性、(5)面臨死亡的病人，有權要求應有的尊嚴、(6)病人有接受或拒絕宗教協助之精神慰藉的權利。

在資本主義的社會，工商繁榮，人人將本求利，競相提供高品質的服務或商品。經由提供高品質的商品或服務，獲取更好利潤，正是資本主義社會運作的動力 (陳郁安，2012)。資本主義的立論基礎，是以「個人主義利益極大化」，循著對各自單位最具有利益的發展路徑進行選擇，當各單位的選擇匯集起來，變成資本主義的發展邏輯 (將欣彥、丁仁方，2011)。另現代化及工業化使人類的社會在這兩、三個世紀中發生巨幅的改變，以往的傳統幾乎要整個改頭換面了。例如舊式的封建社會式微，被民主體制取而代之，服從權威的傾向淡化，平等的思想興起，橫系關係或是同輩關係的重要性逐漸凌駕於世代間縱向關係的重要性之上，甚至傾向於強調確立個人獨立自主性上 (林憲，1985)。

以服務業為主的後現代化社會，其主要的工作內容是處理人與人之間的溝通與服務的問題（王叢桂，2013）。由於富裕與生產的方式改變，產生後現代化的價值（post modern value），人們開始重視生活品質甚於經濟發展；服務業的生產活動需要知識、創新及判斷的自主性，人們開始重視自我的表達（self expression）與自主（autonomous），也因此，反對權威與質疑的階層管理（王叢桂，2013）。人們已不再追求現代化標準制式的功成名就的目標價值，開始有自主的需求，希望能夠尋求課以表露自我的空間。這也顯示社會變遷確實影響了人們的價值，開始追求個性化的自主。黃曬莉、朱瑞玲於 2012 年指出 Wolfgang L. Grichting（1971）曾經撰寫一本英文著作，書名為「台灣的價值體系」(The value system in Taiwan 1970)。作者是一位傳教師，來台之初做的研究，以利傳教。序言中提及，Wolfgang L. Grichting 發現台灣正在急速（precipitate）變遷中。黃曬莉、朱瑞玲採用 Swchartz 與 Sagie 提出的「重要性」與「共識性」討論價值觀，研究結果顯示，台灣人民主要是以高共識性且高重要性為核心價值，歷久不衰，且有極大的共識；長幼有序的人際關係雖是最重要的價值之一，卻在弱化中，尤其是對年輕的族群而言（黃曬莉、朱瑞玲，2012）。在自主價值的取向研究結果裡，台灣民眾重視自由與民主之價值。「自主」的價值取向以生活方式及情感自主為優先，而不是智識上的自主（黃曬莉、朱瑞玲，2012）。

隨著民主機制逐步成熟，人民對於科技資訊認知的提升，與企業間的互動是希冀企業能盡到產品資訊公開的義務，讓買賣兩造間的資訊對等，以營造無風險且更令人安心的消費環境。然而客觀的環境條件卻往往不是完美的存在著（將欣彥、丁仁方，2011）。在現今服務業如此高度接觸的時代，顧客擁有越來越豐富的消費資訊，自主性也越來越高，顧客的多樣性及服務的多元性，要產生完美無缺的服務並不容易，一但業者提供的服務不符合其期待時，極有可能產生服務失誤（徐欽祥、許政斌，2013）。也就是服務傳遞過程中，企業所提供的產品或是提供的服務與消費者之預期不符合，使消費者產生不滿意之企業行為（Keaveney,

1995)。

二、媒體與網路資訊

媒體在社會教育中扮演重要的角色，媒體廣泛的採訪各種相關的消息及來源的說法，以帶給民眾平衡、多元的資訊，然後再讓民眾自行判斷。然有些報導內容大致偏向了「過度」及「誇大」，此舉被認為會造成負面的影響（呂淑好、彭玉章等，2007）。新聞工作者的社會責任對媒體、民眾和社會而言都具有重要的意義，社會責任的缺失是新聞工作者職業道德、新聞倫理觀缺失的表現，也是其“無冕之王”職權的濫用，這是市場經濟環境下媒體和記者過分的追求經濟效益，吸引受眾注意力的結果（邱文卿，2010）。在呂淑好等人針對 SARS 的研究抗疫經驗結果顯示，受訪的學者與社會觀察家對台灣的媒體基本上是採負面的看法，認為台灣的媒體是聳動的、大多呈現對立的、以及具衝突及戲劇性的報導（呂淑好、彭玉章等，2007）。

另近年來迅速普及的行動通訊，網際網路的出現改變了人類生活的方式與互動模式，成為一種提供資訊的新媒體，也提供了一種新的人際互動管道，隨著這兩項特性的不斷發展與累積，網路也改變了人們對生活與工作的態度，成為一種新的生活方式（李廣均，2001）。在這樣的網路時代中，醫療資訊網站已經成為除了一般民眾，也是醫療人員尋找醫療資訊所使用的一個重要媒體（李廣均，2001）。網路科技的發達，使得人們可以主動透過網路隨時針對想要的資訊進行搜尋，強調行動者的策略與自主的能動性，打破了過去專家與常民間的壁壘，病患也可藉由網路的互動性，使個人的權力與決策範圍增加，此也改寫了醫病之間的關係（郭淑珍，2013）。

網路就如同其他傳統媒介一樣，也並非是中立的科技，其也傳播了社會主流優勢團體優勢的意識型態（Pitts, 2004），可能再次複製、鞏固原有的社會結構、文

化的規範，但如果網路的醫療資訊不正確或是不夠完整，又或因使用者的教育程度及使用經驗不夠，民眾因而常常照著自己既定的想法及習慣去應用、解讀，是可能引發不良後果而產生傷害（李廣均，2001）。



第三章 台灣醫療及健保建制體系變遷的影響

1990 年代中期以後，許多的政策充滿了新管理主義的影子，政府透過操作市場機制、評鑑制度以及成果與表現競爭的遠端操控迫使機構直接相互爭取資源（詹盛如，2010）。不屬於營利組織的醫療體系，卻在新管理主義的影響下，講求成本效益，績效，向利潤看齊，行徑與營利企業所差無幾。醫院必須要越大才能生存，醫院因健保的保費壓縮導致財務緊縮，而另謀他路，開發自費市場，如醫美市場、營養品市場、藥物自費市場等，此等作為更彰顯了醫療趨向市場化、商業化，民眾更易以消費者的心態自居。

第一節 專業責信受到新醫療給付政策的挑戰：健保所引發的影響

一、醫療行為量的變化（服務、教學、研究）

全民健保自 1995 年開辦迄今，全民納保率高達 99%，確實改善了民眾因經濟弱勢而造成的就醫障礙問題，但醫療費用的支出卻因需求增加而快速上漲。全民健康保險基於責信及收支平衡之永續經營的考量下，大部分的焦點放在財務及醫療支付制度上面，這不斷的改變醫療給付制度的政策，健保給付的多寡又與醫院評鑑的等級掛鉤，賦予醫院評鑑單位評核民間機構的權力。當醫療機構所處的外在環境產生變化時（如相關制度的修訂、醫療市場競爭程度增加），將促使醫療機構採取適當策略因應，例如引進了績效管理模式，以顧客滿意為導向，提高病患的忠誠度，藉以發揮成本效益的概念，提供成本較低的醫療服務，以期醫療人員在工作中必須要能獲得最高的成本效益（cost efficiency），進而避免因健保影響醫院的財務營運，減少可能的財務損失。

台灣現行的健保給付制度並未充分考量「人性關懷」，忽略了醫師花在與病

患交談、和病患培養關係、解釋病情、寬慰病人的時間及花費的精力，僅以診療量來計酬，給付定額遠低於國際行情的診療費，間接忽略了病患尋求醫療協助中，最基本也是最需要的「人性關懷」部分，殊不知「人性關懷」是醫學生培訓及護理人員視為專業特質的礎石之一。「人性關懷」是無法量化、無法標準化、無淨值的，在這樣的給付體系中，這些努力卻被忽略成一個視而不見的無產值醫療行為。忘卻醫療行為中重要的核心成份，將導致醫療文化的質變，也限制了醫生的專業自主權並影響了他們的醫療決定。

在公、勞保時代，醫師的工作主要是專責在照顧病人，並沒有太多的行政工作，但當 2003 年進入健保時代，開始實施醫院總額支付，中央健康保險署將全國分成六個健保分局（台北、北區、中區、南區、高屏區、東區），各區自有一塊大餅，分食的人多，分到的東西自然就變少，而且同一區會限制醫學中心數目，若要新增，必須透過評鑑，當原有的醫學中心被調降等級後，其給付點數也跟著被調降。因此當衛生署參考評鑑結果依醫院等級決定健保給付標準時，各醫院無不卯起來花很多的時間跟精力配合國家政策去參與醫院評鑑、應付評鑑。針對醫師所感受的負擔變化，受訪的醫師表示：

醫院就是整個跟健保掛勾，在這個體系裡面，就是壓榨醫師...臨床工作量就越來越重。我們要看門診、又要查房、還要去會診，書寫沒人要看只有健保局跟評鑑委員還有法官要看的病歷，還要去開一堆會，其他科的醫師還要做鏡檢，你看，外科的醫師還要去開刀，時間哪夠用~ 我們還要不斷花時間重複解釋病情，因為來的家屬都不是同一個，都要求要解釋病情。

此外，醫院原本並不需要兼負訓練年輕醫師的角色（訓練一般為醫學院附設醫院訓練），但因為勞動環境變差，各醫院為爭取住院醫師加入勞動人力，紛紛爭取住院醫師訓練容額，為解決訓練醫院資格問題及評量項目裡評鑑條文 4.3.2 規定

及評鑑條文 4.3.3 規定：醫院須定期（至少每年一次）檢討研究目標達成情形。期刊的產出是許多醫院的潛規則，未達到一定的文章發表數量，會以扣薪來懲罰甚至要求離職，迫使醫師要有所產出。臨床醫師忙於臨床診治病人外，還要參與學校的授課以獲取教育部之部定講師資格，醫院考績更以醫師參與行政事務、部定教職之有無給與懲賞。2010 年 6 月 20 日的自由時報電子新聞就有一篇報導「**醫師沒交論文 長庚要求走人或下鄉**」的新聞，長庚醫院歸屬在醫學中心之層級，早在 2003 年即開始執行「二六九條款」，所謂的「二六九條款」即是要求主治醫師得在兩年、六年及九年的時間內先後取得講師、助理教授及副教授資格。要能夠取得教職，除了臨床、教學等指標外，論文數量也不能少。部分未達標準的醫師，就會收到終止合約通知。屬於區域教學醫院的本院，受訪醫師反映相同的心聲：，衛福部於醫院評鑑（俗稱大評鑑）外，又提出教學醫院評鑑，造成醫療環境更惡化。依據 2016 年教學醫院評鑑基準

評鑑要求我們要有臨床研究跟教學，所以我還要花時間寫 paper，我還要
去教書拿教職，去教書還要事先備課。

依據勞動部勞工保險局網站 2016 年 11 月 30 日最新資料指定不適用勞基法之職業類別中，醫療保健服務業之醫師即為其中之一。由於醫師尚未納入勞動基準法的工時保障中，增加原有主治醫師的工作量，盡量不增聘醫師，並要求醫師能更快速、更壓縮時間的完成所有醫療工作，已是各醫院管理的主流思維。醫師過勞造成的生命威脅事件也漸漸頻出¹，2009 年 4 月發生國內的首例醫生過勞賠償訴訟案，擔任奇美醫院住院醫師四年、三十五歲的蔡姓醫師在前往開刀房的長廊上突然昏倒，被送進加護病房急救，家屬經過五年多的訴訟，2015 年 1 月 8 日

¹ 2016 年 05 月台大醫院內科部一名高姓總醫師出血性中風在宿舍昏迷，緊急手術後救回一命。在 2016 年 5 月 5 日的自由時報電子新聞就有提到台大醫院一位不具名主治醫師指出，總醫師的工作屬於責任制，必須 24 小時待命，且身攬臨床教學與行政工作，時常凌晨 2、3 點接到病房急救電話，也得隨傳隨到。

²在 2016 年 03 月 07 日電子媒體及平面媒體皆一致報導標題「健保署抽查 4 成 8 醫療院所詐領健保費」，然而這個數據統計是有問題的，也因為媒體大肆報導引起醫師公會全聯會的抗議，全聯會指出，「媒體報導數據看來非常聳動，但健保署並非隨機抽查，而是透過電子系統審理出 803 家「有問題」醫療院所，再經實際調查，發現當中 383 家不合格，以全國 2 萬 7 千多家醫療院所計算，不

二審宣判，確認醫院過失責任並判賠七百八十萬元，成為台灣第一起醫生過勞要求救濟勝訴的案例。然而在這樣的案件發生下，主治醫師以上層級仍無「合理工時」及「合理工作量」來規範，醫院資方也不見得能站在醫師勞方上設想，仍以健保局為馬首是瞻，因為評鑑結果會決定健保支付點值高低，各醫院即使不滿意評鑑方式，也仍選擇參加評鑑。經營管理者對醫師的給付是依業績計酬，即所謂的 PPF 制度，而且有給付上限，若超過則給付隨量遞減。而且醫師又無勞基法，工作超時過量又無保障，除了如此龐大的門診量還要作研究、教學、參與學會及撰寫論文，致使很多醫師出走去開診所。越來越多的醫護人員不願意留在醫院工作，留在醫院仍易因過勞而倒下，此為導致醫療人員的流失，再加上評鑑和臨床工作的負擔，加速了醫療場域的崩壞。

不只醫師面臨評鑑的壓迫，護理人員也面臨同樣的遭遇，評鑑前就會收到一大本的評鑑條文手冊，屬於護理範疇的業務分成「行政」、「教學」、「品管」、「研究」等四大類，護理部主管開始派人研讀，分配負責工作，接著開始拿出一大堆資料不斷的去更新資料。醫院為了評鑑能順利過關，都會找院外委員前來進行預評，每次預評委員一來，說那些地方需要改善，就必須列入作業流程及進行修改，醫護人員就多了很多填表的文書工作，直到目送委員離開評鑑結束，才能擺脫身心戰備狀態。受訪個管師表示：

評鑑的準備，零零總總加起來會不知道自己在忙甚麼！對我自己來講有時候會覺得很愧對病人，因為有時候行政的事務要先完成了，我才有辦法去關懷病人。

這類壓力幾乎影響各類醫護人員，受訪護理師也表示：

評鑑真的是一個可怕的東西，全院就像瘋了，拼命的在用資料，說要簡化，我並不覺得！尤其好不容易用完資料，醫院請預評員來，就因委員

主觀看法，然後又要全照那位委員建議的方向重新再準備資料。真正評鑑時真的會看那些資料嗎？

醫療的本質在於提供病患更好的服務品質與在就醫安全，然衛生署高舉提升醫療品質的大旗，進行醫療行為監督事實的各式各樣的「醫院評鑑」、「實地訪查」如雨後春筍的發生。為達到醫院配合與重視相關評鑑及訪查的目的，評鑑結果與醫療給付連動、訪查結果與補助金費掛勾，醫院為求生存，無不卯足全力準備，相關工作又轉嫁至醫療從業人員身上，在新管理主義的精神下，又是原有人力的產能再壓榨。

再加以社會風氣的改變，民眾自我意識提升、對醫療服務的期望提高，對醫療行為結果不如民眾預期，興訟提告的比例日增，法院對醫療是否有疏失，多以病歷是否有清楚記載為判斷依據，口頭陳述多半不被採信，易導致醫療從業人員需花費眾多時間於繕寫病歷。醫師認為花非常多時間在寫病歷：

那個記錄要怎麼寫才能保護自己，所以大家都在那邊補病歷... 跟病患解釋了那麼多，實在很難一一記載，而且你後面還有病患在等著看診，除了寫病歷來保護自己外，病歷書寫在評鑑也有評鑑的要求，醫師間還會有人在審查病歷寫的好不好，寫不好的還要知會主管，寫病歷真的花我很多時間。

此外，醫院的經營為追求利潤，無不強調成本的控管。由於醫療行為中，人力素質與成本為醫療業成本的大宗，各醫院經營層對此環節成本的控管，無不投注相當多的關注。當醫療環境銳變，醫療收入利潤下降時，在成本的控管考量下，對醫療從業人員的人力投資，也就成為限縮成本資出的重要標的，其結果往往造成，組織內一個人須負擔多重工作（臨床、行政、教學）。醫護人員在付出與回饋長期失衡下，導致工作過勞，普遍身心健康均遭受一定之威脅。

二、醫療工作質的變化

醫療工作日漸繁重，不只護理人員，連醫師也受到時間限制及健保支付的誘導，只好捨棄與病人的交談互動，改以「程序技術」（檢驗、處置）取代「認知服務」（思考、推論、解釋）（謝博生，2010）。在有限的時間中，原本只要專心看診、照護病人，現在額外開始要負擔研究、教學、開會種種事務，工作量要壓縮在時間內完成，勢必造成醫療工作上產生質變。受訪個管師表示：

醫師若想要十二點把整個診都看完。那變成要壓縮病人看診的時間，所以看診有可能是聽病人描述，然後幫他下了一個診斷，排個檢查，病人就出去了，可能看一個診前後不到幾分鐘。

醫療人員所提供的照護攸關民眾的生命，對於長期處於高工作壓力的醫療人員，其內部服務品質及工作滿足，將影響醫療團隊所提供給病患及家屬的醫療品質(外部服務品質)，更是影響到病患安全的危險因子。第一線服務病患及家屬的醫護理人員，是影響病患照護品質之關鍵因素，當病患或是家屬感受不好，隨即可能會帶來一些衝突，進而促使醫護人員採取保守態度面對及處理。原本該多花時間在病人身上的醫護人員，必須將時間撥到其他被賦予的工作上，儘管每家醫院都致力推服務品質改善政策，卻忽略了加諸在每一個人身上的工作量，漸漸地隨著很多政策的施行日益增多，致使工作品質降低，造成醫護人員的工作目標及價值的質疑，更因此消滅了原先的熱忱。受訪醫師感嘆的表示：

不知道台灣為什麼就會搞成這樣，大家都是做假資料，這樣子，大家只會評鑑越來越累，其實醫療品質沒有跟著提升！

並不是醫師有產生論文的壓力，護理人員也需做職場升等的報告書寫。從原本護理本質照護好病人到演變成員必須被迫寫著既感動又要帶著對臨床看似有幫助的建議的個案報告來升等職級(N1~N4)，透過這些升等報告來證明自己的專業能

力，若未依規定時程進行升等，則會影響收入或考績，甚至還會被長官關切跟約談，進而影響考績。除了護理的進階外，還要去參加各種的課程，有的護理人員甚至必須利用上完大夜班再去參加醫院課程，就有護理人員抱怨說：

主管很變態，我都這麼累了，下班還要去上課，而且不能打瞌睡或睡覺，因為他們會全程錄影，如果被抓到睡覺，要嘛被叫醒，要不然就是這堂課不算，但是不上又不行，因為是規定一定上的課程，回家後，睡眠都來不及補回就又要再上班了，我上班根本精神就沒辦法集中嘛！

2008年06月20日行政院衛生署（2013年更名為衛生福利部）公佈醫師及護理人員執業登記及繼續教育辦法，規定應每六年接受專業課程、專業倫理、專業相關法規、專業品質等繼續教育之課程積分達180點以上，護理人員則是120點以上，積分不滿的無法換發執照，而醫院又有自己院內規定在職教育時數，一個教育時數分成三個地方在統計，有護理部教育系統、衛生署教育積分系統，若是公職醫師或是公職護理師則還有一個公務人員系統。除此之外，各個專科性還發展出各個證照，如安寧緩和醫師（護理師）證書、血液腫瘤科專科醫師、腫瘤專科護理師證照、腎臟專科醫師（透析護理人員）證照、糖尿病衛教師等，而各個專科證照還有各自要修的學分。在一切朝證照化發展的環境中，臨床醫療人員不只要忙碌臨床工作，還得利用時間不停的一直在累積各種學分，有些學分甚至都需要繳交費用。專業證照的進修是為了促進醫療人員能夠參加學術課程或進修以維持吸收新知，提升醫療、護理品質。護理人員還被要求學歷也要更上一層樓，不然就算妳寫了報告，學歷不夠、沒有負擔行政工作或教學，還是仍然無法順利護理職稱進階成功。除了工作職責、在職教育外、教學、研究外，還要再額外負擔參與醫院其他事務，比較微觀的是臨床業務的改善與檢討，巨觀的如院慶的活動、院際的交流與參訪。

在廖學志、吳偉涵（2012）文章有提到有研究指出疲勞程度高的護理人員除

了較容易有肌肉骨骼方面酸痛或是抱怨。另外危及病人安全、降低醫療品質、造成健康問題之外，且意外如車禍的機率也會增加。大部分的醫療從業人員本身都有一股也願意照顧他人的心，但繁重的工作量也會壓垮那份熱忱，更有鼓力不從心的無奈感。個管師也很有感的回應：

我也很期待可以做到視病猶親，可是在現實的狀況真的是沒有辦法，因為你沒有辦法分身乏術，將所有的心力跟時間都放在同一病人的問題上面，因為還有其他的病人要顧，還有一堆行政事務要做。

綜合以上，醫療人員面對在這樣身心疲勞狀態下，容易導致疏失，重要的是病患的照護品質相對的也被打折扣。如此犧牲休息時間，參加繼續教育訓練，在現今社會各行業中，實屬少見。但在各中西醫牙科醫師、護理師、藥師等網路論壇中，時常可見討論與抱怨繼續教育需佔用休假時間的論述。尤有甚者，高雄市醫師公會甚至推動月休四日（遠不及勞動基準法一般勞工工時限制），其推動理由中，第一條就明白寫出，推動這休息日是為了休息日去參加繼續教育訓練！（如附件一）。

第二節 專業分工化：多元化的護理師

當醫療產業蓬勃發展以及環境快速的變遷，健保給付制度隨著健保財務虧損而調整。醫院肩負著成本控制及照護品質的維持，多元化的護理類型也隨之逐漸形成，分化成不同的照護功能。護理專業角色的拓展包含了專科護理師、(各)疾病個案管理師、長期照顧管理師，甚至拓展到醫療領域的麻醉護理師。其中專科護理師及個案管理師在醫病關係裡扮演了舉足輕重的溝通協調功能，尤以個案管理師為最。

一、個管師的興起

個案管理的概念源自第二次世界大戰，當時是為了提供精神病患出院後所必須的社區服務。1970 年代社會工作者將之用於其工作領域，1980 年後，公共衛生最早應用個案管理模式於健康照護體系中，1983 年美國政府為了因應健康保險政策改變（診斷關係群（DRGs）支付制度所造成的經營壓力）、服務輸送體系的缺陷，以及醫療服務去機構化但專業人員不足的狀況下所產生的照顧模式（Reimanis, Cohen, & Redman, 2001）。1990 年代台灣也因健保制度的改變，使得強調成本效益與病人成果為導向的個案管理更是蓬勃發展（林倬娟、羅勻佐、余玉如、葉小君，2009）。近 20 年來個案管理在病患照護服務系統上已普遍化，它是一種以病患為中心，採多專科醫療人員組成的照護方式，其角色功能及職責與能力（見附件二），肩負了這個縱向加速、橫向聯繫的橋樑角色，加強溝通與協調，對病患提供連續性整合性的醫療服務、照護系統外，也藉以達成成本控制與品質改善。受訪個案師表示：

跟護理最大的不同，除了要增加很多醫療知識之外，溝通能力要比在當護理人員的時候要更好！個案管理師有一個很重要的角色，其實就是在協調跟溝通，可是那個協調跟溝通，其實也包含很多治療及病情的說明跟解釋，因為他們（指病人）有很多的問題不敢問醫師，甚至忘記問，還有不知道從何問起。

透過訪談可以得知個案師在溝通與協調上佔據重要的角色地位。醫師臨床工作俱增的狀況下，每個病患被分配的時間也被減少，很多的溝通工作轉嫁給臨床護理人員，亦增加了醫護之間的關係緊張。然而，醫療環境變遷中，勞務增加時間不足的現象亦進一步波及到臨床護理人員，這時個案管理師的角色揮發了溝通與協調的部分，也彌補了臨床護理人員缺乏給予護理衛教的部分。所以，個案管理已經被視為一種能兼顧「照護品質」與「成本效益」的創新策略。以癌症患者為例，2013 年 01 月 24 日健康醫療網指出根據成大醫院調查發現，自實施腫瘤個

案管理師後，腫瘤病友留院治療率已達 96%，接受治療建議也達 94%，順利完成治療有 97%，持續回診追蹤率也高達 99%，86%的腫瘤病友對於腫瘤個案管理師的服務感到滿意。報導中更指出，腫瘤個案管理師從病友疑似罹病到確定診斷、進行治療、後續追蹤的過程，持續評估其醫療照護需要，再協助整合各專科治療照護意見，為病友穿針引線擬定量身訂做的醫療照護計畫，腫瘤個案管理師就有如病友的守護天使，可帶給病友高品質的癌症專業照護。個案管理師的角色也扮演了病患予醫師之間的代言人，臨床工作上，護理師對於個案管理師的角色也有很正向的認同：

對病人的追蹤來講，我覺得是好的，他們至少有一個管理者（指個管師），可以管理到他是否有正常回診，我覺得是好的，也有減緩醫師跟病人的一些衝突。

醫院個案管理除了因應趨勢，另一個目的也為監督體系的結構性需要。從收案到評估個案，接著召開多專科團隊會議以訂定個案的治療計畫，並需不時確認臨床路徑的執行及監測照護計畫的執行與照護品質。

二、專業分工的問題

(一) 角色定位問題

個案管理師具有多樣化角色，橫跨醫療、護理體系管理各類不同的疾病，具有不同功能，國內各機構對於個案管理師所扮演角色功能的不同，期望也不同，護理及醫療人員之間對此專業功能也未達到一致共識，導致雙方對此一角色有著不同期望，甚至抱有疑惑態度（吳易霖、葉莉莉等，2010），因為個案管理師加強了其角色功能，使得其他醫護團隊的角色功能不自主的弱化（例如醫師的病情解釋、護理師的衛教功能），很多事情大家期待的是個案管理師出面協助處理。個案管理師在面對各方期待下容易發生角色的衝突，甚至可能引發預期不到的負

面效益。

個管師的設立，確實及時解決了專業分工中的聯繫問題，更多的民眾與醫護人員也體會到個案管理師的好用與功能，但跟隨而來的也對個管師有更多的要求與期望。（吳易霖、葉莉莉等，2010）醫療團隊常希望個管師能兼顧更多專業工作，病患希望個管師展現良好溝通協助能力，擔任為其爭取照護需要能被滿足的代言人，並期待開放所有時間提供協助，個管師的多重角色實踐在多方過度期許下，受到打擊，面臨無法完成所有期望的衝突。受訪個管師無奈的表示：

每一個醫師的態度其實都不一樣，對個管的要求也不一樣，比如醫師要去演講叫你幫他做 P P T，當初要建立關係的時候，每個人的需求通通都照單全收。病人治療上或病情上有問題可以打電話給個案管理師，不過病人他想要插號也來找你，沒床耶也找妳。

個案管理師的角色任務反映出複雜之服務輸送體系失去應有之功能，需要協調來滿足許多病患需求，如此狀況下，民眾原本對引入個管師制度與以高度的肯定與極高的滿意度，隨著醫療機構內個管師定位問題的持續未確認，以及歷年下來累積的需個管服務的病人數不斷累積，不可避免的弱化了這個角色發揮的功能，亦於醫護關係的改善作為中，產生新的變化與挑戰。

(二)醫護間斷裂問題

在三、四十年前，台灣的醫療多採取一站式服務，民眾直接診所就醫、治療、領藥，較複雜疾病則住院後徐徐檢查與治療。隨著病患量增加、檢查項目激增、治療方式多元與複雜，醫療本業、附加的行政、教學、研究等等勞務巨幅增加。整個醫療產業也不得不進入專業分工的時代，然而分工後，每個環節的互相連結與交班落實變得相當重要，交班落實是需要花時間成本的，是以在初期工作量增加可藉由專業分工獲得改善，但當業務量再次增加，連帶壓縮到每個專業交班，

繁重的臨床工作導致醫療照護的溝通容易有斷層跟不聯接，影響所及輕則導致服務品質下降，嚴重時甚至導致服務鏈的斷裂與醫療品質的誤失。受訪護理師表示：

其實我覺得個管師，就是都有來看病人，但是跟護理人員的一些聯繫或是交班，好像不是那麼的多。

個管師對於護理站的交班也有些抱怨：

我覺得現在就是醫護分工啦！但是沒有足夠的默契，大家只做自己手邊的事情，明明我來看病人，護士已經看到我來了喔，他們護理交班時還是會說我沒來，然後又 call 我叫我來看病人。

專業分工的好處，是可以在有限的時間內，以熟練的專業技能服務更多的病人，然而不同的專業職類中的交班就顯得相當重要，斷裂的專業服務無法滿足病患的需求，甚至會產生不必要的誤會與醫護關係的緊張。

(三)病患斷裂問題

在忙碌的醫療護理體系裡，很多醫院打著多專科整合團隊，以彰顯是個人化的專業照護，這個團隊包函了病患的主治醫師、相關疾病的醫師、比如影像科醫師、病理科醫師，還有社工、復健師、營養師，看似陣容浩大，精緻的專業分工，能提供民眾更專業、更個人化的服務，然而這樣的團隊分工，民眾在面對不同的專業人員時，接受到的其實也是切割、破碎的專業知識與醫療服務。因為醫護人員各司其位，卻對其他的專業知識是不足的，或是弱化的。例如以一個外科病患接受手術治療來說，醫療病情說明詢問醫師、手術前後護理問題詢問護理師、營養問題詢問營養師、復健問題詢問復健師、藥物服用問題詢問藥師，甚至如果有心理問題還可以詢問心理師、最後連經濟問題都可以會診社工師。但問題是，當大家忙於手邊的工作時，就容易有斷層出現。在訪談個案管理師時期就有深刻的

體驗：

我爸爸心臟要開刀，安排住院時間護理人員說：「那我們還要做甚麼嗎？」因為他(護理師)沒有主動講，護理人員才告訴我們會請醫生來看。還有復健師，因為心臟開完刀之後要做復健，然後還有社工，因為開心臟會很焦慮，所以會請社工介入。可是當下對我們來講，社工來只是基於一個表面的評估，社工來，有等於沒有，所以我不知道她到底是想要來做甚麼的。那這個其實就會讓我們想到那個案管理師去看病人，有時候妳沒有先建立一些關懷，你很難讓我們把心裡的一些焦慮告訴你，那妳又能幫助我甚麼？那我寧願我就不用跟妳講了？所以我覺得那個社工來沒有甚麼幫助。還有復健師，聽說就是會帶我們先去看一下加護病房，因為開完刀會進加護病房，可是我們從下午等到晚上都沒有人來，已經到小夜班的時間了，就覺得很奇怪，明明我們明天就要開刀了，一早就要去開刀房了，我就去問護理人員，結果是復健師好像也忘記了。我覺得這個對我來講，這些護理人員都在做甚麼？如果護理人員能追蹤所有的流程，可能就不會漏東漏西了。

隨著醫療專業的進步，醫療分工日漸精細，民眾對精確分工的專業醫療服務的要求提昇。以往單一醫師提供病患統包式的醫療服務模式，已不復存在於醫院體系中。取而代之的是分工精細的各醫療次專科，檢查、檢驗、調劑、給藥及衛教等，分屬不同的處室與專科，一個病患到醫院就醫，需橫跨數個醫療科別，完成整個就醫程序需縱穿檢驗、護理、藥學、行政等部門。醫院經營管理部門，在提升醫療就醫流暢性與提供足夠且適切的醫療說明部分，不願意採取增加受聘醫師人數來提供足夠診療時間，應此部分會涉及醫療給付成本的大幅上升，轉而聘任專業足夠但成本低廉許多的護理師協助此部分的醫療服務。於是台灣醫療個案管理師制度，自 80 年代濫觴、90 年代起日益發展。醫療給付的實際管理機構--健

保局，亦認同醫療院所的做法，且回應民眾的需求，陸續推動癌症、肺結核、糖尿病、氣喘及腎臟病等疾病個案管理師制度，然而這樣的演變，對醫療品質與醫病關係的影響，是否全然是帶來正面的改變，受訪個案管理師表示：

一開始的時候那個熱忱是非常的高的，因為就會覺得我離開護理臨床，我現在能做個案管理這個角色，會有更多的時間去接觸病人，我有更多的時間去了解病人的需求，但是隨著我們的收案量越來越多，然後自己能夠承擔的真的就越來越少，你沒辦法給每一個病人這麼多的時間，然後放這麼多的心力。

如果工作量的問題沒有相應改善，會讓原本好的制度設計無法有效發揮成效。除此之外，在有限的時間下，民眾面對多元專業的指導下，有吸收到或有所收穫但也有可能是感覺更加混亂。所以個案管理師對所有之服務輸送體系加以整合，來避免疏忽及片段之服務，克服服務體系經常出現之紛亂現象。增加了個案管理師這個角色的改變，重新設立了新的醫療提供者與消費者的關係網絡，但出現了新的分工與角色職分問題。個案管理師角色的出現優大於弊，確實擔起醫護病間、團隊間的溝通與協調，透過團隊成員的分工、協調、學習與成長，發展出專業團隊的建立與管理。並增進提供病患全人性與整合性的照顧服務。

過大的機構須面對專業分工後衍生的個專業連結問題，也有專家提出推動國外家庭醫師主導的醫療服務制度，藉由縮小民眾第一線醫療的就醫單位規模（即以診所就醫取代直接到醫院就醫的習慣）。然而美國、歐洲、瑞士等等幾個國家，國土是台灣的好幾倍，大型醫院離家好幾里；反觀台灣這個小土地，就醫方便性高，一個市區可能至少就有 2-3 家區域醫院，騎個摩托車，十幾二十時分鐘就到，診所可能幾步就到，如何讓民眾有感的第一個想先找家庭醫師而不會往醫院跑，這些都是落實醫療體系分工所必須克服的問題。

第三節 健保給付下扭曲的醫療生態

台灣自 2002 年 7 月始，全面實施上限制總額支付制度。總額支付制度是指付費者與醫事服務提供者，對特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診、西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為 1 年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），藉以控制醫療費用於預算範圍內的一種制度。由於英文稱「global budget system」，因此也譯為「總額預算制度」。總額支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：支出上限制（expenditure cap，浮動點值）與支出目標制（expenditure target，固定點值）。支出上限制（expenditure cap，浮動點值）：即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量大於原先協議的總服務量時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。支出目標制（expenditure target，固定點值）：即預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標（摘自衛生福利部中央健康保險署）。

一、健保給付制度的矛盾

（一）制度的盲點：避免醫療浪費的武器 – 核刪制度

全民健康保險隨著醫療給付制度的改變，這些制度的改變，單方面在醫療提供端進行強制性變革與宣導，但完全忽略對醫療使用者（消費者）端的宣導與說

明。民眾從政府與健保署接受到的訊息，絕大多數為強調就醫的方便性、醫療提供的全面性，甚至隱含有告訴民眾「全民健保俗又大碗」，甚少提及保險概念，反而過度強調「福利」部份。醫師覺得在臨床上，病患就是常常給人有如此的感覺：

病人覺得他有繳健保費，他是最大的，我有繳錢，你就要幫我處理，我不用付出任何東西，ㄟ- 因為我已經付出過了，我覺得健保是很大的改變。

除了易導致民眾不珍惜健保資源外，早期以「論件計酬」方式給予醫療給付，各家醫療院所無不努力衝量，以拿到更多的醫療給付，長此以往，導致醫療費用飛快的飆升。為了避免醫療浪費，所以有核刪制度，由 1997 年健保開辦初期時，全國全年健保醫療提供端（醫院 / 診所）申報 2414 億元，健保局實際給醫療提供端付 2327 億（核刪佔比 3.6%）（摘自全民健康保險網站）。然而這部分醫療行為已完成，醫療提供端無法限使用者另行追回核刪部份的執行成本。由於核刪部份病患並不需負擔任何的支出，導致部分病患對醫療的過度要求與明顯浪費，亦是造成醫療費用支出不斷飆升的原因之一。尤其這部份病患過度要求的醫療行為往往非必要性的醫療處置，在醫療專業事後審查中，為核刪的標的。這現象也可由核刪金額與比例不斷上升可獲的間接印證。健保實施總額管制前最後一年（2001 年）全國全年健保醫療提供端（醫院/診所）申報 5259 億元，健保局實際給醫療提供端付 4715 億（核刪佔比 10.3%），然而健保實施總額給付後，以 2015 年全國全年健保醫療提供端（醫院/診所）申報 6303 億元，健保局實際給醫療提供端付 5357 億元（核刪佔比 15.0%）（摘自全民健康保險網站），仍不見改善，甚至每況愈下。

健保署針對各醫療院所申報的醫療給付，採「健保醫療費用審查」，即事後核刪制。核刪制度用意是用審查機制來管控醫療支出，避免浮濫檢查，醫療浪

費，若健保審查了病歷之後，認為某項醫療處置不適當而不給付，申請的醫療給付費用會被核刪並還放大回推數倍。其法源來自全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法的第二章醫療費用申報及核付之第 19 條，保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：一、治療與病情診斷不符。二、非必要之連續就診。三、治療材料之使用與病情不符。四、治療內容與申報項目或其規定不符。五、非必要之檢查或檢驗。六、非必要之住院或住院日數不適當。七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。九、用藥種類與病情不符或有重複。十、用藥份量與病情不符。十一、未依臨床常規逕用非第一線藥物。十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。十三、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定（摘自全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法-全國法規資料庫入口網站）。醫院在追求利潤的同時，為呼應民眾對是否醫院為獲取更多醫療給付，而產生不必要的醫療浪費情形。在醫療人員付出專業診治及照護產生後，向壟斷獨占的健保局申請醫療費用，事後進行醫療紀錄的審查，如有紀錄上無法呈現需要該項檢查、檢驗、藥物、甚至都已完成診療行為的診察費，都可以逕行核刪不予給付，且進行放大倍數的懲罰性罰款，許多醫院將此核刪及放大罰款，轉嫁至醫師薪資身上，故為了避免核刪，醫療需花費更多的時間在病歷的紀錄與書寫上。然而說到核刪制度，卻令醫師感到既生氣又無奈，受訪的醫師搖搖頭：

沒有健保前，病歷簡要，一針見血，健保後為了給付，避免被核刪，病歷都被造假，診斷也被造假，只為了藥品的給付...前陣子我被健保局核刪了降尿酸的藥物，而且那是必須要用的喔，腫瘤溶解的患者化療後產

生高尿酸必須施打降尿酸的藥物，不然會有危險，但是只因為我的用法跟健保局規定的不一樣，可是我總支數加起來其實是比健保的支數量還少，但他就是把我核刪，我寫了兩次申復都還是被踢退，滿氣的，你刪我維他命或是胃藥就算了，給你！但你刪我病人一定必須使用的藥物，你可以說我用法不符你規定，所以刪個幾支以示警惕，但是你全刪...反正後來我的病人有這些狀況，我要用藥都會不太想用了，唉，真的很掙扎。

醫師在面對健保局對醫療院所用藥與處置皆有嚴格之限制，致使醫師之專業自主間接受到限制，各種醫療專業判斷及處置受限過多之下，擔心所提供的醫療服務遭健保局事後刪減，以致影響了醫師專業的處置，此容易造成病患誤認為醫師節省成本，不願意使用有效之藥物、檢驗、治療，進而導致醫病雙方因認知不同而發生爭議，由其當有醫療糾紛之產生時，更容易會是一個大的爭執點。然而醫師害怕有醫療糾紛時，產生一種防衛性醫療，在面對病患不合理的要求或是主訴身體症狀時，為病患作各類的檢查，以作為一種自我保護的證據，而導致醫療服務過量，又形成了另一種醫療浪費，也造成自我內心衝突。田野觀察中發現：曾有病患因疼痛而前來急診就醫，急診醫師照會當科主治醫師前來協助評估病患病況，病患主治醫師評估病患無緊急需處理及住院需求，請急診予以施打止痛劑後掛隔天門診，病患家屬要求還要再施打點滴，但醫師評估無此需要，家屬仍強烈要求，並說病患吃不好，隔天門診就醫時，家屬才表示因為在急診留置觀察超過 6 小時，私人保險就會有給付費用。另一案例透過個管師的描述：

女性患者於 4 月做完電腦斷層檢查，當時無任何異常報告，5 月病患去做超音波檢查，腸胃科醫師告知左腎有一個 1 公分的腎臟囊腫，若要仔細看建議做電腦斷層檢查，病患回頭過來要求其主治醫師安排電腦斷層，主治醫師予以解釋上個月剛做電腦斷層而已，頻繁暴露輻射線的危險性

外，其實囊腫只需要追蹤，健保也不給付在 3 個月內重複做的電腦斷層檢查，病患無法接受，生氣的說若是等到 7 月再做檢查，她的囊腫萬一變大到無法開刀怎麼辦，你們醫療能保證我不會出事嗎？你們要負責嗎？接著要求以健保身分住院，自費做電腦斷層，予以解釋也無適應症符合住院標準，病患仍然堅持健保身分住院，因為保險公司就不給付她自費電腦斷層的錢了。

個管師表示花了一整個上午在跟病患進行溝通，病患仍堅持自己是病重患者，有住院需求。所以儘管醫師判斷病患無需此醫療服務行為，但基於不願得罪病患以及預防日後發生醫療糾紛，寧可依照民眾的要求行事，而非依循專業給予最適切的醫療處置，無形中除了產生許多不必要的醫療資源浪費與社會資源耗費不公的情事，造成醫病關係的緊張，更影響到真正需要此醫療資源的病患。

全民健保制度確實讓台灣民眾獲得相對世界其他國家物美價廉的醫療服務，將社會中相對弱勢的民眾，無差別的納入同一個醫療體系中，享有基本上平等與良善的醫療服務。然而，隨著實施的時間日久，社會的型態變遷，醫療科技的進步，實施二十年的制度亦會發生許多新的挑戰與弊端。其中之一就是醫療資源的浪費。由於民眾端對健保財務組成與醫療支出處理模式的知識貧乏，誤將保險制度視為理所當然的福利措施，衍生出相當多的資源浪費。健保局又將把關醫療資源是否過度提供的第一關，推給無權拒絕提供服務的醫療提供者。當有爭議時，又缺乏即時仲裁機制，僅於醫療行為發生後，對醫療的浪費部份進行核刪，懲罰醫療勞務提供者。某一程度可說是，健保制度品質監督者，缺乏應有作為產生不必要之醫護病對立。如何加強民眾對此制度的正確認知，並改變健保署僅著重醫療勞務完成後之監督審查處罰，卻輕忽監督民眾濫用浪費之教育監督與適當處罰，實為此制度是否能與時俱進的重要課題之一。

（二）給付制度不夠透明

除了民眾就醫心態造成的醫療資源濫用與分配不公之外，主管健康政策的衛生主管機關及主管給付的健保局，對教育民眾正確疾病分級就醫觀念與尊重醫療專業部分的宣導，卻是付之闕如。加上政治社會因素影響，從一些案例中發現，相關單位片面告知民眾健保甚麼都保，但事實上卻是有條件給付相當多的治療品項。並且於醫療行為完成後，相關單位還能以品質審查名義進行已完成之醫療行徑不予費用給付的情形，甚至在不予給付項目有明確規定的前提下，面對民眾詢問，卻不願得罪民眾，間接轉嫁責任至醫療第一線人員。現今醫病關係的變化，醫療主管機關及健保局在其中的角色，在醫護第一線人員的眼中，是讓關係惡化者與有可為卻不作為者的角色之一。醫師提出他自己在臨床上碰到的案例：

一個子宮頸癌的病人，然後他就一直來魯我說他打化療很累，不想再打化療，他想要用標靶，然後我就跟他說子宮頸癌健保沒有給付標靶，而且要嘛就是自費，然後他就跑去寫申訴給健保局，健保局就給他回覆一個很莫名其妙的答案就是說，子宮頸癌健保有給付很多子宮頸癌可以使用的藥物可以使用，請你跟你的醫師討論，但是他完全沒有回答標靶的問題就對了，那、那病患就拿那一張回函說，「健保說有很多藥物可以使用，你怎麼都不給我？」兩面手法，它(健保局)不敢對民眾講清楚！就跟民眾說可用，結果我們用了之後又被核刪。

2016年10月台大醫師施景中也在臉書分享一段故事，他接手一位高風險「植入性胎盤」孕婦，發現孕婦是低收入戶，根本沒錢負擔可能會遇到的2萬到15萬元「術中止血治療費」。這名孕婦邊說邊掉淚，無法講半句話，施景中醫師毅然決然幫她開刀，因為「我曾經發願要幫助這些因生產而大出血的孕婦，沒有錢，我們更應該幫。」，引起廣大的讚賞。健保署卻回應「依程序申請健保就不會賠錢」，衛福部健保署依物管理組專委陳真慧對此回應，健保給付有包含植入性胎盤合併的產後大出血之止血醫材，早在2014年7月第二階段實施DRGs（同包裹給付）

時就已經排除在外，屬於論量申報、實報實銷，醫師不可能賠錢做義工。針對產後大出血，健保也有給付止血用的材料跟藥物，不明白該名醫師為何要使用自費醫材？且該患者若為低收入戶，政府也會負擔健保費用與就醫的部分負擔。施景中醫師則在臉書反擊 PO 出 1298 字的反擊文，「人工合成第七凝血因子」依健保使用規範，並不能納入，想先用藥再請款，根本是做白日夢。」想必這是有吃過健保悶虧，更明白健保局只是官腔說法，為自身找台階下的反擊。

有關醫療給付規定的訂定與說明，健保署應以更透明的方式向醫療人員說明，部份給付項目訂定的規則如不夠清楚，應花更多的心力向第一線治療的醫護人員說明，也同等重要的向幕後負責核刪醫療費用的審查醫師說明。避免認知的落差，打擊醫療的士氣。有關的訊息，亦應更有廣度的向全體民眾進行說明甚至是教育，讓民眾就醫時，不致因不瞭解給付制度，造成醫護病之間的不信任，產生醫護病關係的緊張。

二、總額預算的下的生存

台灣的醫療環境在上述的變化發生後，與二三十年前相比，已有極大的改變。早期在醫藥不發達的情況下，生個病就必須千里迢迢的去找醫師，沒錢還不一定能看的成病。而全民健保的出現，不因貧窮、身分地位，造就了人人皆能就醫的普世價值。然而這普世價值卻漸漸禁不起民眾養成醫療浪費的態度，導致財務不堪負荷，年年虧損，只好變相的轉向對醫療院所動大刀，砍給付，推出總額給付政策，初期醫院當然是努力去做，只為了拿到與健保談判到的總額給付金額。而現在國人雖然死亡率下降了，但是慢性病跟重大疾病增加，醫藥日益進步，藥商努力以實證方式讓健保局看到各自產品的療效，以爭取能健保給付，健保雖然擴大給付藥物，卻未同幅度調升健保給付的總額預算，醫療院所仍需要繼續維持生存，豈能任其宰割，開始出現向藥商、藥材壓低成本進貨，另方面開發自費市場，總總的錯綜複雜糾結，最後面臨了原開發藥廠無法調降到成本價之下，退出台灣

市場，即便民眾願意多花錢自費購買較高品質藥物亦不可得。醫院為降低營運成本，採購低價的藥廠的藥物，人民健康的保障風險相對的提高。這現象在台灣現今社會並非單一行業的存在，除醫療產業外，在食品產業上亦有相似現象，導致黑心食品、食安風暴。其實在醫藥界此現象亦爆發假藥品、假衛材等事件。受訪醫師表示：

健保給付過低或無利潤的不要做，例如標把藥物、原廠藥阿，像原廠藥利潤太低，醫院希望換成台廠藥，那病人的治療效果就不好嘛！對醫師的治療就會產生懷疑，這當然也會產生關係的變化，就不是很信任，甚至跑掉。

直至 2017 年健保總額給付調的更低，2017 年 03 月 03 日蘋果即時網站報導衛福部健保署公布將於 2017 年 4 月 1 日起實施新藥價，調降 7331 項藥品可年省 57.1 億，較去年節省 31.8 億多逾 25 億，致使醫院不堪負荷，開始努力找出路，找財源，使出關夜診、限制掛號人數，檢查項目也都要排上 1-2 個月，甚至 3 個月才做到。而醫師要承擔醫院的經營壓力，分擔配額，健保的給付制度間接地剝奪醫師專業自主權。而醫療院所因應健保體制改變關係，為了生存，只能限制了民眾的就醫。台灣醫院協會理事長楊漢淙坦言，醫院採購藥品不可能做賠錢生意，健保年年砍價，醫院的藥價差利潤已不多，若藥廠不願降價賣藥給醫院，醫院恐只能再繼續換更低廉的藥因應。這些現象自然不可能會由健保署公開說明，加上報章網路新聞對一些醫院或診所詐領健保費現象的新聞處理及報導方式，導致民眾對醫療院所的觀感持續產生負面印象。

受限於健保總額及核刪制度，國內各醫院只能必須另闢財源，不少醫院設立所謂的 VIP 特別門診，包括台大「景福門診」、國泰醫院「美式門診」、新光醫院「同心門診」、林口長庚「健康促進特約門診」等。2017 年台大醫院前院長李源德更是號召國內十多位資深教授、三十多位中生代醫師，共同成立醫者診所，

採全自費不看健保，完全脫離健保的牽制，民間監督健保聯盟發言人滕西華對此批評如果連百年醫學院的台大教授們都認為該發展自費市場，背後凸顯的不是價格問題，而是價值的轉變，值得政府來重視。卻未自省談到健保總額預算以用價格來壓制醫療，讓醫界綁手綁腳，無法發揮專業自主的功能，只好轉變價值，自求他路。但這自費診所的開立，卻和全民健保的理想及理念背道而馳，透露出台灣醫療體系運作中的隱憂。

三、醫療技術化與醫護病關係的冰冷化

人是社會性的動物，在社會中人與人藉由彼此的互動而生活(李素貞, 2005)，醫療科技的產物日益更新，醫師不再像以前年代看病非常注重身體評估，透過傾聽、觸摸、對話互動方式進行，所以過去一個病人看下來往往至少可以花個半小時以上。現在的醫學檢驗已經達到快速又方便，很多的身體評估已經被儀器所取代，診斷正確率相對一定比單憑只做身體評估高非常多，彼此之間的互動性就減少了。簡單以貧血來說，病患告知她頭暈，在沒有儀器的時代可能醫師需花相當多的時間問診，用抽絲剝繭的方式，排除一些可能的病因，最後再歸納出可能的病因，給予推測病因的藥物治療，視其療效再來確定診斷和後續治療，這樣的診斷與治療在第一次就診時，不一定都會有正確的診斷與治療。然而現今醫療疑似貧血，不須詢問詳細病史與檢查，直接去抽了個血，急件檢查一個小時就有結果了。所以也因為這些醫療科技的進步，醫師與病患間的互動相對也變少了，對儀器檢驗的依賴加深了。

健保給付方式對醫病關係的疏離有推波助瀾的影響，全民健保有些是以論量計酬方式給予醫療給付，而論量計酬是一種做愈多賺愈多的支付方式，論問診時間長短、身體檢查詳細與否，每個病患的診療費是一樣的，半分鐘和一小時都給一樣的保險給付，但多開檢驗項目，會依開立的項目與數量再給予疊加上去給付，簡言之，檢驗檢查越多，收入給付越多。除了醫師被醫療科學儀器所制約，民眾

也被這些制約，無法信任單憑醫師的評估判斷，就信任自己身體真的沒事，亦被鄰居就診經驗影響，要求多做檢查檢驗以了解是否身體狀況有問題，加上每有新醫療科技與儀器，廠商與醫院為提高設備設施投資回收速度，往往利用媒體宣傳，也會吸引民眾到院直接要求給予某些對其本身健康無助的高價檢驗檢查，甚至有可能讓民眾多曝露了無謂的輻射線等風險。然而，每位醫師門診的時間是有限的，未解決病人滿為患問題，最常見的行為模式，就是多安排檢驗與儀器檢查，減少問診與身體檢查時間。受訪個管師表示：

有些醫生當久了，然後他們沒有當過病人，然後他們不知道病人需要的是甚麼，或者說，以他當醫生的想法認為他只要講這個就好了，可是他忽略了我們這些市井小民會有很多不懂的地方。

個管師的回應透露出臨床上有些醫師忽略了主體的感受，常憑著專業的傲慢，忽視了病人的心理需求與感受，而使得醫病的信任關係陷入溝通不良。醫療價值在於人與人眼神的交流，以及情感、言語的溝通，所以是科技的進步改變了人與人之間的相處，進而也降低了親切感與信任感。醫護關係的改變也深受現代科技所影響。冰冷的儀器與數據取代了人際關係中溫馨的問候與關懷。

護理工作及衛教朝向電子化的方向發展，高科技醫療設備儀器也持續進步，這除了帶給護理人員在臨床工作上的便利，並節省執行護理常規的時間外，另一重要目的就是希望藉此能讓護理人員有更充分的時間來陪伴病人，以提供病患更多生理之外的照護並期能達到「高科技、高關懷」的護理目標（謝美玲，2003）。但是現實環境中，護理人員的工作負荷量，仍然壓縮護理人員與病患互動的時間，病患終究面對冰冷的儀器及科學數據來判讀身上的問題。

醫療科技的發明與進步，是為了幫助更快更精準的醫療判斷，卻促使了以科技取代人為的關懷而帶來醫病之間較冰冷的關係。再加上健保給付制度牽制著每一

家醫療體系的政策及運作方式，為了達到與健保署協商到的總額費用，醫療服務量勢必會增加，至少不要做低於協商到的總額費用，因為日後還有核刪制度，都賺不到總額費用了，還要被核刪，更擔心影響下一次與健保協商的總額費用會被降低。健保局面對不斷虧損的財務，總額給付制度及核刪制度變成是健保局對於醫療給付價格管制的手段，透過這些手段來達到控制醫療費用的成長，解決健保財務虧損的問題，卻忽略了台灣的醫療水準以及醫療成本不斷的在提高，將自己的財務壓力轉嫁到各個醫院身上，醫療院所為了永續經營，以新管理主義思維採企業化經營，重視績效，迫使醫療人員除了在臨床工作外，還要不斷面對建制體系內的惡性循環。

全民健康的建立基於人們不因經濟貧困而皆享有就醫平等權，以社會集體的力量，分散且共同承擔醫療財務，達成全民健康照護。卻也因健保的實施，使公權力介入醫師與病人間，把原本雙方的關係改變成三角關係，民眾繳納健保費給健保局，醫療院所對民眾提供醫療服務，再向健保局申起給付，給付的項目及價錢則必須依照健保局公告的為主，影響所及是醫師的專業權。為了降低不斷成長的醫療費用，一再壓低對醫療院所的醫療給付，影響了醫療院所的經營及照護品質，這照護品質除了病患安全外，也包括了醫護過度的勞動、人才的流失、藥物的品質、硬體設備的完善等。汲汲營營於費用的審核與對醫師、病患的監控，未必能達成費用控制的目的，反而往往先犧牲了制度之本旨（蔡維音，2002）。

第四章 醫療使用者的醫療消費行為

台灣光復初期的醫療資源是極度缺乏，但民風相對純樸，當時醫師是擁有專業知識與技術，備受社會大眾的高度崇敬，醫病關係是父權式的關懷，是建立在一種上對下關係的行為模式，醫師屬於權威的一方，病人往往是屬於接受、服從的一方，病患對醫師的遵從性極高，病患的權利有時是被忽視的。時至今日，社會價值觀隨著經濟發展與教育普及而改變，醫病關係漸進到引導式的照護，最後進入現代的相互尊重模式。在二十世紀中葉後，醫師因過度生產和官僚制度，醫學知識也因科技的進步變成可隨手取得，如網際網路的搜尋，再加上醫療保險制度的廣泛實施，消費者意識高漲等因素，造成醫師去專業化現象（顏如搢、許明暉，2007）。

消費主義主張自由競爭的經濟體系，人權意識高漲，消費者的主權須被重視，以確保消費者應有的權益，在消費者充權的時代裡，病患要求在自己的健康照護上，擁有更多的控制與參與，醫病關係也在這些氛圍中發生了改變。現代的醫療人員面臨資訊爆炸性增加的醫學知識，以及消費者充權的時代，照顧病患上面臨許多新的挑戰。

科技進步及知識教育普及外，不斷引爆的醫療糾紛，媒體民代的推波助瀾，消費者保護會促使民眾對自我權力的重視，再加上世界人權會在醫病關係權力不對等下，致力推動病患為醫療之主體，要求重視病患權利，開啟了醫療人權及消費者意識抬頭。台灣關於醫療人權的討論，始於 1994 年 4 月 16 日，高雄縣一群突發集體食物中毒腹痛的小學生分送往高雄曉明醫院及安泰醫院，送往曉明醫院的 35 名學生裡，外科醫師誤判為「盲腸炎」，竟予 11 位學生割除盲腸，事件爆發後，醫院消極處理，與家屬達成和解，引起消基會的關注，認為消費者生命安全及醫療權益不該民事和解就算了，而應依法處理。2000 年整形外科醫師林靜芸

在媒體前公開批露朱婉清整容情況，明顯違反病患隱私。2000年12月09日，世界人權日的前一天，國內四大報同聲批評台灣醫療人權落後，應修法增列罰則，民生報所使用的標題為「國內醫療人權住院觀察中」，自由時報的標題為「正視病人人權」，聯合報的標題為「台灣病患人權指標多不及格」，中國時報的標題為「病情真相，醫師有告知義務，落實病人自主權，應修法增列處罰規定」。2002年醫師法修正，增訂第12條之1，規定：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」，以盡告知義務，2005年新制醫院評鑑基準將病人及家屬權利列入評鑑重點之一。病人的權利也增至十項：醫療平等權、知悉權、安全權、同意權、選擇權、隱私權（在醫療法第49條規定及護理人員法第28條規定有明文規定）、求償權、醫療文件收取權、醫療拒絕權、醫療尊嚴權，藉以更落實醫療人權的執行。

2001年大法官解釋醫療行為就是醫療行為，不是消費行為，醫療不應當以消費主義來評論，也不適用消保法。但不可否認的是，因消費意識的抬高，病人不願再被視為無助與無知者，毫無疑問的遵從醫師指示，開始懂得要求獲取有關健康問題及治療的資料要求以最低消費獲最高品質的照護並要求參與決定有關自己的治療與照護行動，維護自我的權益。

第一節 網際網路及傳播媒體力量的影響

農業社會，人與人之間的傳遞訊息主要是藉由以口頭方式進行，教育普及後，文字成為傳遞訊息的方式。經濟起飛，電視、廣播又成為另一種媒介之一，到了工業社會，科技與經濟透過工業的結合，形成了資訊化社會，資訊傳遞更便利性、快速性與普及性，直到現今，傳播科技的發達、社群媒體互動性極強，很多人紛紛建立透過網路來分享自身經歷或是傳遞訊息。

儘管知識教育已普及，但醫療知識仍是屬於專業化，不同於一般教育，所以醫病之間的權力仍是不對等的。醫病互動中的權力與專業知識差異，使得病患對醫療專業給予的醫學訊息說明常感到疏離，不容易了解治療的真實情況，抑或醫學客觀檢驗與身體主觀感受經驗有所落差，而網際網路的興起提供了另一個管道，病患可上網自行收尋相關健康資訊，不再仰賴醫療專業者，網路不只是訊息來源，而是醫學知識傳播的能動者，也是病友間溝通取暖的媒介（郭淑珍、楊雪華、陳怡君，2014）。受訪護理師表示：

我覺得資訊太過於發達，導致很多人會把搜尋到的知識當成他自己覺得已經很懂。

台灣網路資訊中心（TWNIC）公布 2015 年「台灣寬頻網路使用調查」，結果顯示我國民眾上網率從 2014 年調查之 75.6% 上升到 80.3%，推估上網人數達 1883 萬人；其中 18 至 30 歲民眾的上網率達 100%，成為國內網路主要使用族群。上網最常從事的活動仍以社交功能之「上網路社群」（60.1%）所占比例最高，其次為「使用即時通訊軟體」（56.3%）以及「瀏覽網頁」（40.0%）。網際網路迅速普及之後，醫療網站成長的速度也幾乎呈幾何曲線地成長，包括政府、醫院、學會、廠商、乃至醫師個人都紛紛投入這場網路熱潮中，民眾透過這些取得相關健康知識或醫療資訊，於是開始有能力質疑醫療護理能力。護理師表示現在的電視有很多會請醫師上節目，結果導致病患看電視資料要求醫師照做：

XX 病床的病人跟她先生都是老師，很喜歡看「醫師好辣」，我每一次進去她的病房都走不出來，因為她都跟我說「醫師好辣」裡有建議她這種疾病要再去驗甚麼基因，明明醫師都跟他說不需要、意義不大，不要用電視來醫自己的病，但病人聽不下去，要求醫師就是要幫她驗那個檢查，她自費沒有關係，因為她有私人保險會幫她付，而且她一直說那個醫師是權威，非常厲害，而且「醫師好辣」都是名醫上的節目，真想叫她乾

脆直接去找那位名醫好了。

媒體所提供的資訊繁雜且品質參差不齊，甚至夾雜了很多商業利益的成分，電視節目的醫療討論也很難就全都適用每個人。有些民眾因為獲取太多資訊而發生不知該採信那些資訊的困擾，頻頻拿著網路下載的文章，跑去跟醫生討論，甚至擷取部份數據，質疑醫師的專業。在壓縮與忙碌的醫療體系下，醫師面對紛亂的醫療知識常需要花更多的精力與時間跟民眾解釋，醫師的閒談中，就吐露了些抱怨與無奈：

今天看診一個**大腸癌轉移到肺部的患者**，他的家屬拿著在網路上看到的一個新的**肺癌標靶藥物**要求使用，但是明明病人是**大腸癌轉移肺部**，又**不是肺癌**，怎麼講都聽不進去，一直說可是癌症現在不是在肺部嗎？另外一個更頭痛，說**肝癌**不是有標靶藥可以治療嗎？但是病人明明可以直接開刀就能痊癒了，卻一直說不是有標靶藥，為什麼不能用，我們就是不想開刀阿！跟他們家屬解釋標靶藥適用在**肝癌晚期**的病人身上，就怎麼解釋也聽不懂，光解釋這兩個花了我一個小時，外面的病人就都在鼓噪等太久了。(粗體為研究者所加)

個案管理師表示時常接觸病患時，也會碰到：

病人可能就會想要自己去查資料，但網路上的東西不見得正確，加上很多病人會從他身邊的親朋好友經驗得來一個他所信仰的知識，那這些東西，如果沒有一個專業的人來告訴他，其實就會信以為真。

醫療資訊它與人的健康息息相關，閱讀者可能因此改變了求醫行為及治療的方式，甚至影響到一個人的存活的機率。網路是無法取代真正門診診治，每個疾病的症狀與處置有其個別性跟特殊性，無法一體適用。例如一顆降血壓藥物就會因個人體質、適應性、嚴重度及其他和病症狀或是是否還含有其他內科疾病而有

所不同，門診最常聽到病患跟醫師說「醫生阿，我們兩個都是一樣的疾病，為什麼我跟他吃的藥物不一樣」。一個人生病時，容易產生焦慮，可能平時的判斷力都非常清楚。但面對自己生病或是家人生病難免亂了分寸，想尋求更好的資源或諮詢，一位護理人員曾表示，當家人生病時，她不是先找主治醫師討論，而是先上網自己看很多醫療相關文章，甚至很有能力的去找文獻、實證，接著開始打電話詢問相關科別認識的人，之後將收集到的資訊再去跟主治醫師討論治療方向，若醫師講的讓她有所質疑時，她會再回頭找其他人做確認。越是專業護理人員自然越容易要參與在醫療決策中，而在網路資訊方便取得的環境中，自身沒有醫療專業知識背景的民眾卻很容易取的相關訊息，不免讓自己有專業知識的假象，而會積極介入醫療診斷、決策。

傳播科技隨著時代的進步，呈現的面貌也愈多元化，且與人類生活形成越來越密不可分的關係。它所提供給社會大眾的訊息，往往會牽動公眾意見的走向，對公眾意見的形成和塑造產生一定程度的影響。台灣電視頻道從以前的 3 台（台視、中視、華視）到現今已經有非常多頻道，高度市場外，收視競爭壓力之大，媒體在這樣的高度競爭的環境下，訊息的新聞性往往重於正確性。社會新聞也是新聞，是反映社會現實的一面，新聞報導往往又強調衝突性，有衝突才有新聞性，受訪醫師談及對於現今媒體的感受時表示：

現在傳播力量太強，我覺得像八仙(塵爆)那種事，反正只要跟醫療有關係的，他們都是特別挑那種會引發民怨的點在寫，比較不會去播報一些比較正面的，鼓勵的。

傳播媒體在醫療資訊的提供上佔了非常重要的地位，翻開現在的各大報，幾乎都有醫藥專欄，電視節目也有很多關於健康知識的節目，甚至還邀請醫師上節目去互動、去討論醫學知識。由於醫藥新聞或節目性質的特殊性，專業的基礎是很重要的。報導醫療訊息的記者有許多人根本沒有相關背景的訓練，缺乏「敬業」

的精神，當有醫療疏失事件產生，以誇張、放大鏡式未經求證的報導醫療糾紛，製造情緒情緒的刺激，以衝突矛盾為報導重點，產生對立，甚至模糊醫療糾紛的核心原因，也間接強化了民眾對醫療的不信任。

新聞媒體喜歡以誇張性的報導來吸引民眾的閱讀，而對事件有二元對立的極端報導。這樣的媒體環境，也提高了醫療從業人員對民眾的防衛心理，受訪醫師有些情緒的表示：

他們都特別喜歡還是講那一些醫療疏失，然後放很大，甚麼紗布撿起來用第二次，彈繃用第二次甚麼的(指八仙事件)，那個都報得很兇！我覺得媒體當然有一部分影響，我覺得整個社會大眾其實也被媒體牽著鼻子走，就是仇醫嘛，反正就是醫生好像都是攏是無好ㄟ阿安啦！那種感覺啦！

此外，健保署也懂得利用媒體進行達到某種目的，比如標題常以「醫療詐領保險費」²、賺取藥價差等，以塑造醫療的貪婪，這類虛報或浮報健保費用的新聞，強化了台灣民眾對醫界有浪費資源的刻板印象，容易將健保虧損原因全部歸咎於醫界。健保署基於本位主義並不會主動對守法的醫療院所向民眾說明，而守法的醫療院所也不可能就此項錯誤的報導召開記者會說明自清。這些都是足以影響醫病互信關係的因素之一。

第二節 民眾以服務業的心態來就醫

²在 2016 年 03 月 07 日電子媒體及平面媒體皆一致報導標題「健保署抽查 4 成 8 醫療院所詐領健保費」，然而這個數據統計是有問題的，也因為媒體大肆報導引起醫師公會全聯會的抗議，全聯會指出，「媒體報導數據看來非常聳動，但健保署並非隨機抽查，而是透過電子系統審理出 803 家「有問題」醫療院所，再經實際調查，發現當中 383 家不合格，以全國 2 萬 7 千多家醫療院所計算，不合格率僅 1.38%，對於不法醫療院所，全聯會絕不予以寬待，但媒體錯誤解讀及健保署未及時說明導正，讓循規蹈矩的特約院所，無端因他人的違規造成莫大傷害」。健保署長黃三桂當日在立法院備詢時才澄清「4 成 8 這數字是媒體自己寫的」。

醫療業雖然是屬於服務性質的產業，但其所提供的產品是無形的，並且不是一般的消費財，而是關於生命的醫療照護，因此與其他一般性產業差異甚多。由於健保的保費收入一直受制於許多政治社會因素，無法合理反映醫療環境內外的變化，為了免於健保發生破產的情況，之前主管機關對此部份的因應，著重於醫療給付方式的改變，例如論件計酬、總額管制等。醫院的經營者為了在有限的總額當中，獲取一定的市占率，以求分配更多的給付額度，醫院需要招攬更多病患前來就醫。為了迎合就醫民眾的需求與嗜好，醫院過度強調「顧客至上」，而矮化了醫療的專業性，始終把顧客永遠是對的，盡量滿足病患的要求，當作重要的營運策略，進而要求醫療人員不斷的改進跟檢討。受訪醫師表示：

醫院一定要把醫生塑造成那個越卑微的樣子。就是甚麼服務阿，甚麼以客為尊，反正就是很多醫院就是會這樣子做，故意把自己姿態放低啦，一但有人放低姿態後，病人的胃口就會被養大。

今日醫療行為普遍商業化，民眾對醫療品質要求越來越高，對醫護人員的信任逐年降低，再加上日前層出不窮的健保醫療糾紛，使得醫療品質的提升來滿足病人的需求。醫療服務品質的提升已成為這些機構掌握競爭優勢的最佳利器，而具體的策略就是將先前以技術為主導的管理方式，轉變為以顧客關係導向的行銷方式，藉以提升對病人的服務品質，保持競爭優勢。而醫療體系為了達成以上目標，首先急需掌握病人及家屬對於其提供醫療服務的品質滿意度及再回診意願之評估。醫療服務市場已進入全面競爭的時代，醫院以提供多元化與完整性的服務來滿足病人的需求；而醫療體系因總額預算制度之實施，需面臨醫療服務品質的提升及使病人的滿意度提高，病人對醫療單位才能深具信心及忠誠，並增加再回診之意願，也漸漸改變了民眾以服務心態的來就醫。

由於近年來醫療生態的改變，醫院引進企業的管理，原先的目的或有包括效率的改善、流程的改善、品質的改善，但其中醫療行為因全民健保的成立，演變

成民眾不論是否這個月有醫療的需求，均已被健保局強制收取一定的健保費用。是以民眾已有預先繳費之心理，故要求醫療提供者須提供他滿意的醫療。此等行為與一般民眾參與某些服務業的行為十分相近，預先繳費，後享受服務。使得民眾相當容易把醫療當成是一個消費，一種服務，忽略了醫療行為與其他食、衣、住、行、育、樂的消費行為有根本上的不同。因為醫療行為其過程有相當的個體變化性；產生的醫療成效更是有很大的個體差異性。所以，往往醫療的過程及其最終結果與民眾對醫療的期待不同，這也是導致醫護病關係緊張的原因之一。受訪醫師表示：

現在不攏是大牌，反正我有交錢了，你就是給我處理好，處理到我滿意，就是他付了一千塊他就要那個相對應的成果。

個管師也同樣認為：

病人覺得我今天來醫院看病我付錢了，我是消費者，我會期待妳今天給我的服務是怎麼樣。

評鑑制度裡有一條條文，一年要有兩次病患服務滿意度的評核，原本只是想要改善護理照護品質，但醫院卻過度擴張，要求護理人員要上禮儀課程，當病患有不滿意的，要求護理人員改過，顯得醫療護理就是一種一般的服務業。受訪醫師回應：

有越來越多比例的病人他就是把你當成是...提供服務的人啦！如果服務沒有讓他們滿意的時候，就會有很多意見這樣子...就不會受到尊重這樣子。

另外，當醫院面對醫療糾紛，為了顧及門面，大多傾向息事寧人，一味的讓臨床醫療照護團隊處在被動及被迫接受醫院滿足病患家屬的要求，未能有相當魄

力站在醫療團隊這方，促使醫療人員易處在高壓力及無奈狀態，且也失去了自身專業能力處理照護權利。當社會要求醫療人員善盡其職位的職責，卻忘了要同等給與醫療專業的尊重。受訪醫師表示：

三不五時就有這種不被尊重的那種感覺，滿常遇到的啦！病人講話滿挑戰你的，就是覺得你是不是沒有把我治好，沒有把我怎樣，就是有錯誤這樣子。

個管師也表示常遇到：

我今天看診，我想要看快一點，我想要前面就可以進去看不要等這麼久，那如果今天我住院的話我想要靠窗，我不要中間床，這些東西都是他們的期待。

另一方面，為了在全民健保的總額限制之外，有另外的醫療收入以維持醫院的經營與利潤，推動自費醫療項目就是近年來上至醫學中心，下至診所的全體醫療體系的「救亡圖存」的全面運動。更易讓民眾心中把醫療行為類比於消費行為。門診護理師曾希望協助溝通家屬照顧問題。門診護理師說：

學姐，下次那個眼睛看不到的 XX 阿嬤女兒來門診時，可不可以麻煩醫師告訴她女兒阿，每次病人要輸血，她女兒把阿嬤丟著就離開，我們門診很多病人要打針，阿嬤又常常要上廁所，很需要人家帶，但我們又很忙，根本很難看顧到阿嬤，跟她女兒說，她女兒很不高興還瞪我們，還說照顧病人本來就是你們護士的責任跟該做的，有甚麼問題，然後又瞪了我們一眼，頭也不回就走。

面對病患或是家屬把醫療服務當做一個理所當然的態度在使用，讓一線的醫護人員感到既無奈又無力，醫療護理不是一個服務業，就算是服務業，也該給予

彼此一個尊重與體諒的心，而非把護理人員當做看護，護理人員執行的是一個醫療照護工作，不是家庭照顧工作。

第三節 醫病關係中常出現的斷裂類型

Cruess 於 1999 年提出醫師專業素養其實是一種社會契約的觀念的觀點。他認為醫師在社會上被賦予了醫療者與專業者的角色。要被社會認定為醫師，就要符合及履行社會與這個專業之間的約定。當一個人決正要投身於一個專業時，除了付出心力學習專業知識與技能並獲取有形及無形利益外，也會接受社會有形及無形中的期待與要求。成為醫療專業的一員，享有社會賦予的醫療特權、地位、財富及一個難得的好職業。然而，在這好處的背後則是對專業人員所要求的高社會責任及高道德標準。

(一)對醫療處置的期待有落差

大多數民眾認為醫師是治療病痛和維護生命的專家，對於疾病診斷和治療往往給予高度期待與信任。特別是當病患不是在緊急情況、已患重病或生產過程就醫時而發生醫療傷害，病患及其家屬更難以面對和接受突如其來的病情惡化或不良的醫療結果。醫療行為照顧的是人，且現代醫療的範疇包含全人的身心靈，其中有需多部份的知識迄今都未能被人類參透。在這樣的限制前提下，醫學最能確定的事就是「醫療是具備極大的不確定性的！」但是這樣的認知，並不被廣大的民眾所了解。在這樣的醫療不確定性，造成醫病雙方溝通的的誤解與衝突。當過度的醫療期待發生落差時，糾紛就容易隨之而來。受訪醫師表示：

我覺得我們做的都是照標準程序，就是急救的程序，不是每一個病人都能很理想啦，但是家屬他們的期望就是覺得你應該要第一時間就要做出

最正確的判斷，不要用嘗試的方法，反正...我覺得這個 case 就是會有落差啦，那家屬期望非常高。

由於健保醫療給付初期採取的論量計酬方式，醫院與醫護的收入來源，直接與提供的醫療服務量有關係，與醫療服務的品質無關。等同鼓勵醫院將醫療服務做成產品化，行銷策略商業化的現象，追求更高的服務量。然而面對醫療總申報給付費用不斷攀升，主管機關接續推動「總額制度」。在這個制度下，量的成長僅稍稍控制，但因為全國僅有一定的醫療總額度之下，各醫院為追求更高的市佔比，常常需藉由推廣醫療新知或宣導健康保健的包裝之下，開始於媒體等宣傳醫療服務的療效引招攬民眾來該醫院就醫。長久下來，讓民眾產生「醫療大幅進步」的假象，進而對醫療的結果有過高、過多的期盼，但是當實際發生醫療問題時，民眾很快會發現，全民健保能提供的醫療服務品項、效率及療效，與心中的預期的不同。很容易就會誤認為現下所接受的醫療不夠高端與完善，導致醫護關係的緊張的原因之一。受訪醫師表示：

家屬的期望就是常常太高，就是不知道真正醫療的狀況可就會不如預期的理想這樣子。期待跟最後的結果落差太大就會有糾紛...有些另外一個狀況就是我們有講，家屬沒有 catch 到，家屬就是選他想聽的，就只聽到化療有多少多少好處，其他的一些副作用、合併症就完全沒有聽進去，等到有狀況就變成醫師都沒有講，病人只聽他愛聽的，這部分滿常見的，像我們有講，病歷都會寫嘛！

(二)家屬情緒無法適當平撫，歸因容易朝醫療人員究責

現代人面對許多疾病問題，雖然醫療科技不斷的在進步，藥物的發展也越來越好，但是醫學上還無法百分之百能有確定性的治癒或完全無風險，而醫生也並非萬能，但家屬看到自己的至親在醫生手中產生非預期中的風險，或是已盡醫療

極至仍不可挽回的傷害甚至死亡，家屬在悲痛之際難免怪罪醫生。病人與家屬對於疾病本質的認知不甚理解，造成病人家屬憤而歸責於醫生。

雖然今日台灣醫療體系是以西方近代醫學為骨幹，醫療體系中對護理專業的認同是比照西方的規格，予以相當高的推崇與尊重。然而，今日台灣民間對護理的專業，至今仍相對傾向日本文化的看法，較不受尊重，甚至常常發生有把護理師當作僕人使喚的行徑。將護理專業服務的部份視為理所當然，稍有不如意，就常常歸罪於護理照護不佳。這樣的行徑，就好似主人常常將過錯歸給僕人照顧不週一般。再加上，全民健保主管機關及健保署未將保險制度跟被強制收費的民眾說明教育清楚，反而一再有意無意的宣導民眾，全民健保醫療甚麼都保，所以民眾自然將照顧家人的責任全部推到醫療人員身上。受訪個管師表示：

家屬慢慢就會從小聲音變大聲音，甚至可能，從前很感激到後來責怪醫護人員，這是很常見到的啦！

由於現今社會少子化、雙薪家庭增加，大家族同住的比例大幅下降，老年人生病時，往往家中年輕人均需出外工作，無多餘人力可協助照顧家人。是以有越來越多的民眾將照顧病人的勞務推到原先專注醫療服務的醫護人員身上。然而，醫護人員需負擔的勞務由原先的醫療服務，進而再加上原先家屬該負擔的照護部份，再加上保險給付核刪的不斷擴大，讓醫療提供者與醫療被照護者之間關係發生惡質化的現象。受訪護理師表示之前照顧一位安寧癌末患者，病患出院後沒幾天即往生，家屬很不能接受，所以被申訴：

我們覺得我們照顧得很好，他需要的協助我們都有給他，當他媽出院之後在家裡往生，他反而是非常不諒解，家屬怪罪說難道你不知道我還沒有準備好嗎？那你不知道我的技術（學習抽藥、給藥）還不成熟嗎？你就這樣讓我出院，這樣子有可能害了我媽媽的死亡

家屬說：「不然這樣啦，你們給我多少錢，這件事就和解，就不會有事這樣子，我也不會一直這樣告你們。」他就說他要，那時候他就說要告我們啊，後來他就說他要錢。

部份媒體在報導上喜好選擇較具煽動性的議題，例如容易引發民眾關注議題之一就是醫療糾紛。往往藉有激情的畫面，報導聳動的高額求償金額，暗示民眾醫療常常有疏失，然而真正走完法律程序，確切有誤失的比例低的驚人，再加以法律規定不可散佈病人就醫個資，出現在媒體上時，醫療端能公開說明的資訊少得可憐，造成相當比例的不平衡報導。也造成社會上部份民眾對醫療的仇視與誤解，甚至想從中牟取私利。雖然個案是少數，但對醫療服務團隊殺傷卻是廣大、深遠且持久的。是以越來越多需要較多的醫療服務、較易產生醫療糾紛的科別，會產生醫師人才荒、護理人才荒的情形。

(三)防衛性醫療

當醫護人員面臨了醫療糾紛或是申訴，大多數的醫護人員雖然了解，這非單一個案問題，而是整體環境的最終結果。對於這樣的環境，對於層出不窮發生的醫病關係緊張，甚至惡化為醫療糾紛，往往採取較消極的應對做法。由於醫療處置中充滿著診斷和解釋不明確性，在治療效果方面也有不確定性，使得醫師護理人員必須採取比較保護的策略，甚至還會抱防衛性的心態來看待民眾就醫的態度，採取「不求有功、但求無過」的消極醫療行為。受訪醫師聳聳肩表示：

如果這樣的事情多幾次之後，我們可能就會對於一些治療或是處理，先跟其他的醫師討論。如果你覺得地不行了，要嘛乾脆不治療，反正你也沒把握，因為不治療反而沒事，治療了反而一堆事情。

受訪護理師也相同回應：

我覺得對病人的態度上會有一些些的調整，就講話不要這麼的直接。

醫護人員面對醫病護關係的緊張，以及病患/家屬容易將醫療中屬於自身的問題或負擔就責於醫護人員的情況，是必於醫護人員日常行為模式中會發生實際的改變。在訴求外在環境認同部份，近年來民眾已慢慢理解與了解醫療環境的改變已導致醫療的人力出現大缺口，內科、外科、婦科、兒科人才都羅致困難，號稱「四大皆空」。護理人力不足，外加的各種勞務增加，號稱「血汗護理」、「血汗醫院」。在內在改變的部份，「防衛性醫療」就油然而生，消極得不求有過，治療的成效無形中就下降了，受害端其實是要求更多便利性的病人端。醫療提供端未避免日後的醫療糾紛或來自健保署的抽審核刪，花費鉅量的時間在病歷文件的書寫。事實上這些寫下的病歷，幾乎除非是健保審查或是醫療糾紛出現才會被查閱，因為一旦有醫療糾紛的產生，是以醫療、護理紀錄為依據。受訪醫師表示：

大家都說是要寫啦，因為沒寫一是沒有辦法保護啦，所以我覺得這個就是有很多的防衛醫療，你要花很多時間在寫這些為了要保護自己的紀錄，如果今天醫病關係不是這麼緊張的話，我們可以花更多時間是真正在研究他的病，而不是在研究那個病歷啦，那個記錄啦，怎麼寫才能保護到自己，所以大家都在那邊補病歷嘛！

對比於花費時間研究病患的疾病本身與提供直接的醫療照顧而言，這種耗費於書寫防衛性醫療的病歷文件的時間精力，顯得相當的嘲諷與浪費，更增加醫護人員的無力感。就責於此部份的勞務產生來源，一大部份來自病患及家屬的原因，是以無可避免的反饋到醫護病關係的緊張。這樣的演變，與民眾認知藉由自我對醫療知識提升、對醫療資訊的瞭解，以提升醫療自主性後，可讓自己接受到更有利的醫療服務，大相逕庭。

(四)醫護人員服務熱忱被濫用

在一個醫療資源有限的情況下，病患應該得到多少的醫療服務，其實也沒有標準答案，也就是說無法製訂出所謂的實質正義的標準。這樣的不確定性與服務的基本標準的難以確定，再再增加了醫療服務的困難度。尤其當民眾已先預繳健保費用，無法退費、無法選擇不同醫療體系的前提下，民眾只能依自己認定的實質正義標準來衡量所接收到的醫療服務滿不滿意。這樣的互動模式，很容易就激起衝突的火花。一旦衝突發生，民眾要求的往往是金錢的賠償，而非去了解醫療是否已善盡能力提供服務，但由於生命的不確定性與個體差異性的存在，醫療行為絕對無法滿足每一個被強制投保民眾的需求。衝突的發生難以避免，對醫療從事者的愛心與熱忱的打擊也就接踵而至。受訪的個案師表示：

就是沒有床，就是要等阿，可是在等的過程中，病人開始會有怨氣，他覺得疾病就會受到影響，病就會復發或甚麼之類的，他要尋求我們的保證。可是沒有人敢保證！我們就要很委婉的去解釋，可是不管妳怎麼解釋都不是重點，他要的就是要立即住院。

即使醫療環境的改變導致醫護關係的緊張，在醫療服務行政部份的提升上，由於市場化的需求，仍可看到斧著痕跡明顯的改變，比如個案管理師的設立，病患來就醫，等同多了一位資深護理師擔任醫療祕書，協助解決醫療衛教問題、行政問題等。然而此部份為健保署給付的項目，為醫院未提升市場競爭力的行為，民眾習慣有此項服務後，會更多的去依賴與要求，在醫院無償提供無法無限上綱滿足時，第一線執行的衝突與無力感就會排山倒海撲面而來。

當前台灣醫療人員除了遭遇內在認知衝擊以及外在體制障礙制肘外，更須面對就醫民眾本身對醫療人員態度的轉變。由於，近年來就醫民眾自我意識的提升、對有健康決定權的體認日深，以及對醫療服務的期望提高，造成民眾不斷要求醫療人員增加對病患付出心力的質與量，但卻忽略體制下給予醫療人員的支持日漸不足。如此環境所產生出的巨大壓力與挑戰浪潮，更是蜂擁似的朝醫療人員襲來。

由於上述病患、家屬、醫院管理的轉變，所綜合產生的效果造成醫療人員的壓力倍增及無力感日盛，亦使得醫護病關係日漸緊張。

(五)醫糾事件強化醫病之間的信任度

「醫療糾紛」是指醫療過程中發生醫療傷害，引起病患及其家屬追究醫療疏失責任的過程。然而「醫療糾紛」可以說是讓醫療體系中的工作人員，人人聞之色變的禁忌話題。由於醫療糾紛的事件日趨增多，病人與醫生建立互相信任的關係，這種美好而純樸的現象已不多見。在新聞媒體的渲染下，醫生醫術不精或醫院照顧不周，導致病人病情惡化甚至死亡，而家屬在鏡頭前大聲哭喊，痛罵醫生，揚言要採取法律行動，這些景象已是普遍大眾對於醫療糾紛的刻板看法，也動搖了對醫病關係的不信任。

一旦信任感降低，接著產生的就是對醫療服務的認知差異會被放大檢視，進而醫療糾紛的案例就會層出不窮。醫療糾紛頻傳，不僅造成病患對醫療體系更不信任，也讓不少醫師因承受不了被告的壓力及高額賠償金，離開醫療風險較高的內科、外科、婦產科、兒科、急診科等五大科，轉向低風險的科別。然而，民眾的基礎醫療需求就是這些科別，風險低的醫學美容、皮膚科等一般皆不是最基礎醫療需求科，這樣的傾斜發展，實非民眾與社會結構之福。雖然，主管機構亦相對提出一些專款經費補助羅致相關科別醫師，但針對造成如此傾斜的根源原因之一的信任感降低，鮮少看見有改善的方案與關注的眼神，是以此項目對醫護病關係的緊張仍深深影響，尚未見改善的曙光。

衛生福利部醫事司在醫療機構隱私維護規範有規定病人就診時，應確實隔離其他不相關人員。於診療過程，醫病雙方如需錄音或錄影，應先徵得對方之同意。在研究過程中，在田野調查中曾經發現過這樣的案例，有一門診病患由先生、兒子陪同前來門診，兒子站在醫師旁邊（僅隔一步之差的距離），手機握在左手，

靠近腰際，專業護理師表示她直覺正被錄音中，兒子不說任何一句話，雙眼直視醫師電腦螢幕在打什麼字。專業護理師為了觀察及更確定我的直覺是正確的，往後再站一步（方便可以更全面的觀察這一切），在病患結束看診準備往外離開時，兒子拿起手機按了一下畫面，專業護理師看到的是錄音畫面，心中不禁覺得在未被告知的狀態下被偷偷錄音，感覺很不舒服，受訪醫師表示這樣的狀況此案例已經不是第一例了，就算知道被錄音，也不能怎樣，醫院可以接受病患對醫師偷錄音，卻不准醫師公告要錄音必須事先告知。專業護理師事後也詢問過醫院是否能張貼公告，院方表示病患家屬的錄音是他們的權益，但我們不能在未告知病患家屬狀況下，進行錄音，專業護理師反問：「那遇到這樣的狀況我們能怎麼做？」，院方回答：「可以制止，但不能對他們怎麼樣」。曾有婦產科醫師在診間外面自行張貼看診中禁止錄音錄影之告示，被院方強制要求撕下。理解醫護人員在現今的醫療環境下，往日的專業階級高傲，轉淪為被壓迫與苦悶無助的一群，如此的環境，希求進一步改善醫護病關係，已不再是單方面要求醫護改善，更需要民眾的體認與認知改善，否則導致的是醫護病三輸的結局。2016年08月08日聯合新聞網一篇蕭維德律師的訪問，他提到病人經常在診間或就醫時，未告知醫院、醫師同意而偷錄音。當產生醫療糾紛訴訟時，民事庭法官或刑事庭法官、檢察官往往認為這樣的錄音、錄影可還原當下情境，有助釐清案情，因此幾乎都同意病患提供的錄音、錄影有證據能力，並不認為違法而不採用。這也是使得醫師面臨對於病患或家屬偷偷錄音感到有防備心與不舒服，醫病之間的信任感幾乎日漸在瓦解，只剩下彼此對彼此的防備心，民眾對醫療機構的信任感下降，也會消磨醫療人員的工作熱忱。受訪護理師表示：

發現很多人對醫療的信任感是降低的，就沒有像以前一樣，你說甚麼我就做，現在的人反而會搜尋很多的一些資料跑來問你...我有時候覺得在醫療方面，今天你看他的時候滿客氣的，後面好像不是那麼一回事，從此之後我會覺得，他心裡的謝謝是真的謝謝嗎？我們真的有做到他心裡

想要做到的事情嗎？

個案管理師也表示：

之前照顧一個乳癌年輕的患者，本來還很熱絡，但在交談過程中，不知道哪一句話讓她不開心，對我開始冷淡之後，我對每一個年輕女性的乳癌病人，我問話都會很小心，因為我們想要幫人家，但是其實不是很清楚每一個人的想法。

在這樣醫病關係緊張的氛圍下，一年前最引起醫界騷動的是康軒文教公司出版的國小六年級健康與體育課本有「醫療糾紛」單元，其中內容寫「身為醫療消費者，一旦發生醫療糾紛，必須蒐集病歷、處方箋、手術同意書、護理紀錄、照片等證據」。醫療業不同於服務業在於不得拒絕病患，對就醫者也無選擇權，醫師更不是索取費用的對象。醫界出現質疑的聲音乃在強調教導醫糾的處理，不如更該先從小養成正確就醫觀念，促進醫病良性發展。台灣在朝向發展中國家變化過程中，社會資源分配也在發展，需要大聲才能喊出自己的權益。所以民眾也學習了需要大聲，醫院、醫師、護理師的從業人員也需正視自身的權益損害需自我體認、合理發聲爭取，醫護病三方接勇於表達需求，互相尊重取得妥協與諒解，期求能將醫療環境與民眾權利獲得更好更和諧的共存共榮的境界。

第五章 結論與限制

第一節 影響醫護關係變遷的重要因素

全民健康保險制度是為維護全民健康運動的一種作為，其保險對象涵蓋全體國民，其整合了公、勞、農保之醫療給付，支付制度則是延續勞保醫療支付作法，再以其他保險制度規定之醫療制度為輔，基本上是以論量計酬為主。基於以量計酬的思維，讓醫療機構有服務愈多賺得越多的想法。但在醫療費用快速上漲，民眾就醫的可近性與方便性因素下，健保財務出現危機，為解決健保財務困境，總額支付制度因應而生。面對總額支付制度點值下滑及支付結構主導醫療院所往大型化發展。醫院評鑑制度的分級原本是為了明確醫療分級轉診的需求，但醫院的級別卻也影響了健保給付的高低，給付的高低連帶影響醫院中勞動者(醫師、護理師、藥師與醫事人員等)的勞務所得。為此，建制體制內臨床的醫護人員不僅肩負著臨床工作量，還要擔負教學、研究與評鑑事務，第一線醫療人員的負擔不論在質與量都倍增，除被要求醫療服務的品質提昇外，還要戰戰兢兢的面對評鑑。在這些醫療環境的變遷中，本研究從第一線醫療人員遇到的問題及困境，透過分析發現與下述三種結構性因素有關：(一)新管理主義對健保給付制度所產生的結構性影響、(二)資本主義社會當中，消費主義精神影響了醫療使用者的觀念、(三)市場化環境中媒體傳遞訊息方式的影響。

醫療院所為了經營與維持組織的競爭力，在經營管理上引進了新管理主義的觀念，重視成本的控管與鼓勵有經濟效益的醫療行為，新管理主義追求績效、經濟效益，改變且限縮了臨床醫護人員的專業自主性與醫病關係。企業化的管理下，醫療逐漸遠離了人性化服務的理念，醫療彷彿變成「商品」，病人好像商品的消費者，醫病關係間的親密與信任感消失，溝通品質降低，在要求服務品質與滿意度時，病患家屬更容易提出權利與要求。醫院為提升服務品質與改善醫師醫療時間

的不足，發展出個案管理師之醫療服務職類，試圖分擔醫師、護理師的服務勞務壓力。然而，新的分工設計雖解決了一部份的醫療品質問題，卻由於缺乏配套措施，造成醫療照護上的片斷性與專業分化，因著片斷及專業分化的照護，病患獲得不同專業的建議，看似分工，卻不是合作，因為片斷性照護所提供的訊息及建議可能是相牴觸的，當專業的權威變成互相矛盾或是可修正的，處在更多不確定中的病患，不禁對醫療產生懷疑。因時間的限縮使得醫療本質及人文關懷逐漸式微，醫病互動過程中過度強調科技檢驗，忽略了病人的主訴及身體的接觸，醫師為減少過失責任的威脅，防衛性醫療因應而生，過度預防的傾向，讓檢查項目或醫療程序增加，例如增加病人的回診次數，保持較完整的病歷紀錄，但這同時卻也造成醫療資源浪費及醫療費用的支出，在醫療企業化、給付國家有財務考量的壓力下，醫療不再是單純的「醫生與病人」的關係，醫療糾紛也日漸增加。

在消費意識擴張與重視醫療人權的現代社會環境中，民眾越來越重視自己的權利。由於醫病間訊息的不對等，當醫療糾紛發生時，病患及家屬為取得有利的發聲位置或了解更多實情而採取許多策略性作為，特別是當消基會成立醫療糾紛處理委員會後，許多民間團體與病患家屬結盟，提供民眾在法律及專業的諮詢，更透過網路讓民眾了解事件或行動的進展，促使醫體體系願意面對家屬與問題。民間團體對醫療糾紛事件的協商與民眾站在一起，具有監督及提升醫療品質之功用，也扭轉醫病關係權力不對等的問題。這些雖是正面的發展，但卻不能掩蓋一些民眾缺乏成本概念，認為繳了健保費而有「不用白不用」的負面心態，例如認為就醫就是要開藥，沒開藥就是沒看醫師的心理，使得藥費佔健保支出的比例頗高。這些觀念落差所產生的醫病關係緊張，也是近年來醫病關係在健保制度施行後，發展出緊張態勢的原因之一。

傳播媒體對醫療資訊的提供，有非常重要的影響，不僅可以提供民眾醫療的常識，更會影響到民眾求醫的行為。隨著網路時代的轉變，資訊的穿透度增強，

若發生錯誤訊息傳遞的情形，就可能會帶給病患的不良的就醫價值及態度，並增加醫病關係的緊張。在面對資訊的獲取極為快速與方便，如何在這日益複雜多變的社會結構中及消費者權利意識抬頭的環境降低醫病關係的衝突是一大挑戰。

本研究透過分析第一線醫務工作者的實務經驗，發現在前述三項結構性條件的影響下，至少有五類造成醫病關係之間緊張度的不同斷裂類型，說明了在微觀層次上，因醫病之間互信基礎薄弱所實際產生的醫病關係問題。透過醫病關係的診斷，希望能凸顯結構條件所實際產生的問題，讓相關單位能跳脫組織本位的思維，正視醫療體系不同面向的論述及運作，所產生的結構性問題。

第二節 研究建議

透過第一線醫療人員微觀的互動，看到結構性的影響因素及結構性條件的糾結，醫護病關係的變化及改善，不是單靠民眾或醫療人員就可改善，一個制度上所造成的盤根錯節問題，本文建議身處醫療環節中的各個組織與成員可就三個層面進行適度的自省與改善：

一、建制內體系的溝通

(1)目前的健保機制運作，讓醫療院所不得受限於這個制度並產生相應的機構本位，醫療院所對民眾會採行一些防衛性的溝通及醫療處置，建議相關建制單位彼此之間的對話跟溝通管道應該要被建立且要通暢。避免良善的措施因對話不足，淪為干擾專業醫療、醫務過勞的作為。

(2)健保署除與醫療院所及醫護人員對話，也需對民眾開啟更透明的醫療給付政策說明，有關總額給付的概念不僅僅對醫療院所說明，更重要的是將醫療資源有限的觀念清楚的讓全民知悉，避免因認知落差導致醫療人員與民眾間的爭議，降低

醫護病關係的緊張。

二、主動生產媒體傳播的文本

政府機關可以藉由醫療體系自己生產有關醫療照護或治療的紀錄片，建議可以以很實際、真實的方式呈現病患就醫過程，在無法改變現行媒體環境中新聞性或者煽動性的報導，自行生產足以傳播醫療正確、正面的訊息及內容。另外從事傳播業的傳播人員應要有自律的專業精神、守門人的責任以及社會責任 (蔡依琳，2001)，傳播人員應該要培養道德倫理價值觀，不該參雜個人的主觀意識，否則「水能載舟，亦能覆舟」，醫病關係的惡化，所造成的影響甚大。

三、醫療的教育

醫療資本化、健保支付體制的不公平是造成醫病互動關係不良的因素，但醫學教育的失敗也是重要因素，或許醫師會認為自身也是受害者，但是醫師養成過程中缺乏人文關懷或是倫理教育課程，有些淪為紙上作業；醫學教育也缺乏醫療政治或醫療經濟學的知識，應發展有創新批判的思考，改變生物醫學的思維，加強溝通能力，正視病人的身體主訴。

就民眾的醫療教育面向，建議灌輸健康促進的概念與行為，教育民眾要珍惜健保資源，正確的就醫行為及態度；教導風險分擔的概念，在健保還沒走到破產的境況，就能先進行一些預防性的教育措施。

第三節 研究限制

本研究當中，採訪的對象不包含病患與民眾，對醫護病關係的改變未能做到全面的質性訪談，研究分析的場域，以大型醫院為研究探討的場域，對基層診所

中醫護病關係的變化可能無法全盤類比。另外有關擁有私人健康保險的民眾的就醫行為，參雜了申請私人保險給付的因素，亦會影響民眾對醫療品項的要求，甚至未了申請保險理賠產生頻繁就醫，要求住院等行為，均會影響到醫護病關係。但此面向並未在本研究中進行分析討論，可為未來研究此主題的研究方向並且可以再加上訪問病患端，看到更豐富的彼此對話。



參考文獻

中文文獻

- 丁志音 (1998)· 醫師如何看待醫院的企業化經營管理趨勢· *中華公共衛生雜誌*, 18 (2), 152-166
- 王叢桂 (2013)· 變遷社會中的價值重整回應· *應用心理研究*, 59, 11-15。
- 江東亮、文羽莘、謝嘉容 (2014)· 全民健康保險制度的發展與問題· *台灣醫學*, 18 (1), 33-42。
- 江東亮 (1992)· 臺灣地區醫療財源籌措的問題與對策· *中華民國公共衛生學會雜誌*, 11 (1), 20 - 31。
- 吳英隆、謝碧容 (2007)· 以策略為導向分析顧客關係管理之醫療消費者關鍵需求特性· *資訊管理學報*, 13 (1), 1-23
- 吳易霖、葉莉莉、張嘉蘋、柯乃瑩· 以個人知識發展過程探索個案管理師之角色衝突與成長· *腫瘤護理雜誌*, 10, 47-55。
- 余忠仁、蔡宏斌、許甯傑 (2015)· 內科醫師過勞· *台灣醫學*, 19 (5), 469 – 478。
- 杜明勳、蔡世滋 (1987)· 醫病關係· *臨床醫學*, 28 (2), 453-459。
- 何雍慶、李怡慶 (2013)· 以醫院策略性體驗模組觀點探討民眾再度就醫意之整合影響模式研究—就醫目的之干擾效果· *澄清醫護管理雜誌*, 9 (1), 31-44。
- 呂淑妤、彭玉章、石富元 (2007)· 嚴重急性呼吸道症候群流行期間台灣民眾對於媒體報導之看法· *北市醫學雜誌*, 4 (8), 26-37。
- 李廣均 (2001)· 初探網路醫療的發展和限制—以醫療資訊網站為例· *醫護科技學刊*, 3 (2), 200-214。
- 李志宏、施肇榮 (2010)· 公醫制度與二代健保· *台灣醫界*, 53 (12), 30- 34。
- 李素貞 (2005)· 論護病關係的互為目的的自身性—從康德哲學談護理人員的專業倫理· *弘光學報*, 45, 1-16。

- 杏林論壇 (1996)· 現行醫療政策之檢討系列 (1) 談教學醫院與醫院之評鑑· *當代醫學*, 23 (8), 608
- 林綺雲 (1998)· 醫病關係-人際互動理論分析· *諮商與輔導*, 149, 8-12。
- 林憲 (1985)· 價值指向與社會變遷· *健康世界*, 120, 66-69。
- 林倬娟、羅勻佐、余玉如、葉小君 (2009)· 遠距健康照護在個案管理的應用· *護理雜誌*, 56 (2), 5-10。
- 林恆慶、陳楚杰 (2003)· 管理式醫療對醫師的影響—美國經驗· *醫學教育*, 7 (3), 210-217
- 邱文卿 (2010)· 我國新聞工作者的社會責任· *湖北函授大學學報*, 23 (2), 64-66。
- 邱玉蟬 (2007)· 醫病形象的媒體建構-醫療糾紛抬棺抗議新聞分析· *新聞學研究*, 93, 41-81。
- 范麗娟 (1994)· 深度訪談簡介· *戶外遊憩研究*, 7 (2), 25-35。
- 洪建德 (2007)· 健康照顧不平等與健康平等· *北市醫學雜誌*, 4 (5), P350 – 361。
- 唐辛嵐、鄭博文、簡瑞騰 (2014)· 區域教學醫院的醫師過勞情形之探討· *Medical Journal of South Taiwan*, 10, 30 - 43。
- 徐欽祥、許政斌 (2013)· 從過度服務論服務失誤-以餐廳為例· *休閒保健期刊*, 9, 37-43。
- 郭淑珍 (2013)· 網路對癌症病人疾病經驗的影響· *台灣醫學人文學刊*, 14 (12), 85-107。
- 郭淑珍、楊雪華、陳怡君 (2014)· 乳癌病患使用部落格的疾病經驗交流之初探· *台灣衛誌*, 33 (6), 621-636。
- 郭鳳霞、徐南麗 (2002)· 個案管理師的角色與必備能力· *慈濟護理雜誌-醫藥專欄*, 1 (3), 22-27。
- 陸洛 (2013)· 變遷社會中的價值重整· *應用心理研究*, 58, 11-184。
- 張智雅 (2006)· 另類療法醫病關係之初探：從傳統跌打損傷館患者就診行為之田

- 野觀察談起·*嘉南學報*，32，334-349。
- 張薰榕、史麗珠、邱孟君、沈昱名、林雪蓉（2012）· 台灣健保總額預算期間臨床護理人員的工作感受及工作壓力· *中華職業醫學雜誌*，19（1），15-28。
- 陳儀如（2012，）· 台灣醫院發展之驚艷-西醫診所· *新台灣人文教基金會*· 取自 www.newtaiwanese.org.tw/news1/news.php?Sn=300。
- 陳玉萍、曾振淦、洪志宏、曾雁明（2011）· 醫院服務品質與顧客價值對於癌患滿意度的關係探討· *放射治療與腫瘤學*，18（4），287-297。
- 陳惠芳、謝明娟、陳俞成（2006）· 全民健保實施前後醫院財務面經營績效之研究· *嘉南學報（人文類）*，32，303 - 316。
- 陳郁安（2012）· 全民健保習題神仙也無解？謝豐舟教授〈給醫學生的第十四封信：資本主義的社會· 社會主義的醫療〉讀後感· *當代醫學*，465，552-555。
- 陳建立（2005）· 醫院總額支付制度之協商機制-新制度主義觀點· *醫務管理期刊*，6（1），94-110。
- 將欣彥、丁仁方（2011）· 資本主義經濟發展成本歸屬弔詭-從風險社會課則觀點析之· *人文暨社會科學期刊*，7（2），1-15。
- 黃國哲、陳怡樺、張蕙芝、張維容、溫信財、邱瓊萱（2007）· 總額支付制度實施後醫院的適應策略分析· *台灣衛誌*，26（4），283 - 291。
- 黃曬莉、朱瑞玲（2012）· 是亂流？還是潮起潮落？- 尋找台灣的「核心價值」極其變遷· *高雄行為科學學刊*，3，61-94。
- 黃國哲、陳怡樺、張蕙芝、張維容、溫信財、邱瓊萱（2007）· 總額支付制度實施後醫院的適應策略分析· *台灣衛誌*，26（24），283-291。
- 曾淑芬（1999）· 從醫院管理角度論全民健保資料庫· *中華公共衛生雜誌*，18（5），363 - 372。
- 葉永文（2012）· 醫病關係：一種信任問題的考察· *台灣醫學人文學刊*· 13（12），77 - 104。

- 葉德豐、楊銘欽、王俊文 (2005) · 基層醫師對實施總額預算初期成效之評價-以健保中區分局轄區為例 · *台灣公共衛生雜誌*, 24, 539 - 547。
- 楊志良 (2001) · 全民健保的原罪 · *健康世界*, 185, 63-65。30.
- 楊漢淙、王美芳 (1992) · 我國醫院評鑑工作之回顧與展望 · *醫院雜誌*, 25 (1), 19-43。
- 詹盛如 (2010) · 台灣高等教育治理政策之改革-新管理主義的觀點 · *教育資料與研究雙月刊*, 94, 1-20。
- 廖學志、吳偉涵 (2012) · 淺談醫院評鑑與醫療人員疲勞管理 (上) · *醫療品質雜誌-評鑑專欄*, 6 (4), 65-69。
- 廖俊松 (2007) · 二十一世紀的公共行政：從新公共管理到民主治理 · *T&D 飛訊*, 56, 1-6。
- 廖慧娟 (2007) · 我國醫院評鑑之起源 · *醫療品質雜誌*, 1 (1), 15-18。
- 劉燦宏、任文瑗、趙嘉成、崔岡、邱文達 (2004) · 以顧客關係管理觀點探討自費醫療服務 · *醫務管理期刊*, 5 (3), 304-321。
- 劉仲冬 (1988) · 求醫行為研究 · *醫望*, 20, 95-97。
- 劉仲冬 (1988) · 醫病關係模式 · *醫望*, 24, 103-105。
- 蔡世滋 (1991) · 醫病關係 · *臨床醫學*, 28 (2), 83-93。
- 蔡政宏 (2014) · 社會保險作為一種風險治理的政治技藝：以台灣的健保為例 · *健康社會*, 2, 95-118。
- 蔡依琳 (2001) · 傳播科技與道德倫理 · *生活科技教育*, 34 (7), 14-17。
- 蔡維音 (2002) · 從全民健保觀察醫病關係的變遷 · *應用倫理研究通訊*, 21, 25-29。
- 鄭守夏、陳啟禎 (2014) · 健保制度下的醫療體系 · *台灣醫學*, 18 (1), 74- 84。
- 謝秀芳 (2002) · 質性研究 · *雲科大體育*, 5, 45-53。
- 謝美玲 (2003) · 以病人為中心之護理服務觀 · *慈濟護理雜誌*, 2 (2), 16-20。
- 謝博生 (2010) · 醫療照護關懷 · *醫療品質雜誌*, 4 (5), 87-89。

- 盧美秀 (2016) · 醫療保健市場的現況與護理主管面臨的挑戰和因應 · *新臺北護理期刊*, 18 (1), 1-22
- 蘇喜、戴政 (1994) · 七十九年度暨八十年度台灣地區醫院評鑑結果之分析 · *中華衛生公共雜誌*, 13 (2), 183-201

英文文獻

- Anderson, E. W., & Sullivan, M. W. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143
- Flavian, C, Guinaliu, M., & Gurrea, R. (2006). The role Played by Perceived Usability, Satisfaction and Consumer Trust on Website Loyalty. *Information and Management*, 43(1), 1-14
- Freidson E (1970) *Profession of Medicine*, Dodd Mead: New York.
- Keaveney, S. M. (1995). Customer switching behavior in service industries: An exploratory study. *Journal of Marketing*, 59(2), 71-82
- Lam, S. Y., Shankar, V., Erramilli, M. K., & Murthy, B. (2004). Customer Value, Satisfaction, Loyalty, and Switching Costs: An Illustration from a Business-to-Business Service Context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(3), 293-311
- Oliver, R. L. (1999). Whence Consumer Loyalty? *Journal of Marketing* . 63 (Special issue), 33-44
- Pitts, V.(2004). Illness and internet empowerment: writing and reading breast cancer in cyberspace. *Health*, 8(1), 33-59
- Parsons, T. (1951) *The Social System*, Free Press: New York.
- Remanis, C. L., Cohen, E. L., & Redman, R. (2001). Nurse care manager role

attributes-15 years of evidence-based literature. *Lippincotts Case Management*, 6(6), 230-239

Tsiros, M., & Mittal, V. (2000). Regret: A Model of Its Antecedents and Consequences in onsumers Decision Making. *Journal of Consumer Research*, 26(4), 401-417

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46

電子網路資料

中華民國醫師公會全國聯合會：<http://www.tma.tw/>

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法（2014），取自衛生福利部/社會保險司/全民健保法相關法規網址

<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAllIf.aspx?PCode=L0060006>

全民健康保險醫療費用協定委員會（2015），*全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯*，取自衛生福利部中央健康保險署網址

https://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_13636_2_8.2%E7%BC%9A%E7%B8%BD%E9%A1%8DQA%E6%89%8B%E5%86%8A%E7%AC%AC%E5%85%AD%E7%89%88%E5%90%AB94%E5%B9%B4.pdf

全民健康保險統計，取自衛生福利部中央健康保險署之資訊公開網址

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=82B811CDE03526FB&topn=CDA985A80C0DE710

林怡亭（2014）。*腫瘤個案管理師-癌友的守護天使*，取自健康醫療網網址

<http://health.ettoday.net/news/156509?t=腫瘤個案管理師癌友的守護天使>

翁詩鑽（2016）。*病患自主權，該有多自主？*，取自 The News Lens 關建評論網網址 <https://www.thenewslens.com/article/46241>

消費者保護處（2014）。*消費者保護基本政策*，取自行政院消費者保護會消費者保護基本政策網址 <http://www.cpc.ey.gov.tw/cp.aspx?n=946A25D83DD7FC35>

黃維德（2016）。*病患醫師錄音壞了醫病關係*，取自聯合新聞網網址 <https://udn.com/news/story/7266/1880038>

勞動部（2016）。*勞動部指定適用勞基法現況*，取自勞動部勞工保險局積欠工資墊償單位須知網址 <http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=m%2FmRcr6RwJo%3D>

衛生福利部（2012）。*行政院衛生署通過 ISO 9001 品質管理系統驗證*，取自 101 年衛生福利部新聞網址 <http://www.mohw.gov.tw/cp-3159-23824-1.html>

衛生福利統計專區（2017），取自衛生福利部統計處網址 <http://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-1726-113.html>

醫事人員執業登記及繼續教育辦法（2016），取自衛生福利部醫事司/醫事法規/各類醫事人員法規、執業登記及繼續教育辦法等相關業務網址 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020181>

醫院評鑑基準-急性一般病床 99 床以下醫院適用（2016），取自衛生福利部醫司事/醫院評鑑及教學醫院評鑑相關業務網址 <http://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-948-4020-106.html>

醫院評鑑組（2014）。*本會、委員與衛生福利部關係*，取自財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網址 <http://www.tjcha.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=AEDCF2FB-BC60-4BE1-97F8-C4118FADA4D2>

附錄

附件一

The screenshot shows the website of the Kaohsiung City Medical Association. The header includes the association's logo and name in Chinese and English. A navigation menu on the left lists various sections like 'About Us', 'Column', 'Journal', 'Course', 'Information', 'Member', and 'Document'. The main content area features a 'News' section with a date of 2007-02-16. The article title is '為提升生活品質及接受醫師繼續教育，同時配合勞基法、給醫護人員合法休假，本會自九十六年三月一日起開始正式推動月休四日，時間由會員任選，敬請會員配合。'. The article text discusses the implementation of a 4-day paid leave policy for medical staff to improve quality of life and comply with labor laws. It lists six points of clarification regarding the policy's implementation, including the requirement for continuous education credits and the need for members to decide on their leave dates in advance.

社團法人高雄市醫師公會
KAOSIUNG CITY MEDICAL ASSOCIATION

回首頁
高雄市政府警察局檢舉路霸專線

會務動態

2007-02-16
為提升生活品質及接受醫師繼續教育，同時配合勞基法、給醫護人員合法休假，本會自九十六年三月一日起開始正式推動月休四日，時間由會員任選，敬請會員配合。

主旨：為提升生活品質及接受醫師繼續教育，同時配合勞基法、給醫護人員合法休假，本會自九十六年三月一日起開始正式推動月休四日，時間由會員任選，敬請會員配合。

說明：

內容

- 一、依照醫師執業登記及繼續教育辦法規定醫師執業執照每六年換照乙次，須於期限內修滿規定繼續教育學分，請利用月休修習學分。
- 二、依據勞基法醫護人員須有合法休假。
- 三、提供健保醫療合理服務量，進而維護健保總額醫療給付合理的點值。
- 四、月休四日以上之措施是會員共識，敬請各位會員務必配合。
- 五、月休日期請會員自行決定並請事先公告。
- 六、若未配合致使繼續教育積分不足者請自行負責。

[◎回上頁](#)

摘自：社團法人高雄市醫師公會網站

http://www.doctor.org.tw/dynamicnews_detail.php?id=137

附件二、個案管理師的角色、職責與能力

角色功能/特質	職責與能力
<p>臨床專家 (clinical expert)</p> <p>全人照護的提供者 (holistic care provider)</p> <p>資源開發者</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個別性的評估，了解病患所需 2. 確立病患現存及潛在的問題 3. 應用所學及經驗解決個案問題 4. 提供身、心、社會，整體性的照護計劃，而非只是 疾病的處置 5. 提供符合病患需求的照護計劃和資源分配與利用與開發
<p>管理者</p> <p>病患照護的管理者 (manager of patient care) 成果與品質的管理者 (outcome and quality manager)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確認臨床路徑的執行 2. 執行和協調各項醫療措施 3. 監測照護計劃的執行及照護品質 4. 確保照護計劃是有效及符合經濟效益的 5. 修改病患的照護計劃 6. 執行病患出院準備服務 7. 依據病患之需求、能力、資源及個人資料，協助病患及主要照護者做決策 8. 監控轉介的服務 9. 是個案照護計劃的守門員 (gatekeeper) 10. 確保個案就醫的權益，不會因為成本考量或縮減住院天數而權益受損
<p>協調者 (coordinator/facilitator) 及協商者(negotiator)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與醫師、醫療小組成員及病患家屬溝通協調，訂出照護計劃 2. 聯繫其他醫療工作人員，確定所有照護措施都依時間表進行及完成，以確保患者獲得所需的照護 3. 與出院準備人員、社工、轉介服務人員、轉介單位溝通協調，提供患者最適合的轉介服務
<p>諮詢者(consultant)</p> <p>病患及家屬的代言者(advocater)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 了解醫療保險制度，保障病人與院方的權益 2. 向病患及家屬解釋，使其了解治療計劃、檢查過程、用藥情形、預定的住院天數、病情進展，以及返家

	<p>後是否需要社區性持續照護</p> <p>3. 擔任病患和家屬的代言人，向其他醫療團隊成員或照護機構表達病患及家屬的期望</p>
教師(educator)	<p>1.提供護理人員角色模範</p> <p>2.是護理人員的 mentors ， preceptors</p> <p>3.協助工作人員在職教育，增強其新知識及技能</p> <p>4.個案及家屬照護資訊的教育者</p>
研究者(researcher)	<p>1.參予研究計劃執行、收集資料</p> <p>2.應用研究結果來改進照護計劃，減少理論與實務兩者間的差距</p> <p>3.提昇專業發展及滿意度</p>
改變的催化者(change agent)	<p>1.評值照護過程與分析差異，修正照護路徑，使更符合需求</p> <p>2.擔任改變的角色模範及專家，對醫療同仁教導並解釋有關個案管理系統的知識及疑問</p> <p>3.面對及妥善處理來自各方對個案管理的阻力及挑戰</p>
危機處理者(risk manager)	<p>1.讓病患更了解真正的醫療需要，減少醫療糾紛的產生</p> <p>2.確保所有照護活動都有按照計劃進行並確實完成，並且密切監測個案照護後的結果以及確保照護結果與預計目標相符，以減少醫療糾紛</p>
品質促進者(quality promoter)	<p>1.降低合併症，致力於維持或促進品質提昇</p> <p>2.根據差異分析結果，修正照護計劃，確保照護品質</p>

摘自：郭鳳霞、徐南麗（2002）。個案管理師的角色與必備能力。慈濟護理雜誌-醫藥專欄，1（3），22-27。