

# 第一章 緒論

本章為本研究之概述，說明研究的背景與現況、研究動機與目的。

## 一、研究背景與現況

全民健康保險現制係 1988 年由行政院指示於行政院經濟建設委員會成立專案小組負責第一階段規劃，1990 年移由行政院衛生署接辦全民健保第二期規劃工作，1991 年成立全民健康保險規劃小組，並於 1993 年成立中央健康保險局籌備處，於 1994 年七月十九日，立法院三讀通過全民健康保險法，同年八月九日，總統公布全民健康保險法，1995 年三月一日起正式實施，我國正式邁入社會安全制度的新紀元。

在全民健康保險制度正式實施以前，我國提供醫療給付之相關保險的普及率只有五成左右，其所含蓋的被保險對象多為具有經濟生產力的就業人口，對於特別需要醫療保健服務的弱勢族群，如十八歲以下之少年與兒童、六十歲以上的老年人、殘障同胞…等，卻無法在當時的醫療保險制度下獲得適當的保障；也因此許多受制於經濟因素無法順利取得醫療的生命，往往由於延誤就醫而喪命在殘酷的現實下，僥倖生存者亦多伴有嚴重的殘疾，而成為家庭與社會的重大包袱。我國的全民健康保險在特殊的政治與社會條件之下匆促實施，制度規劃上的不周全，衍生出許多社會經濟與醫療的問題，除了造成政府醫療財務的沉重負擔，並且嚴重影響了醫療生態，及造成醫療政策、醫療組織的改變，因而導致醫病關係惡化。

回顧全民健康保險自民國 84 年開辦，其目標是提供全國國民適當之醫療保健服務，以增進國民健康、將醫療費用控制於合理範圍之內，並有效利用醫療保健服務。在此目標之下，希望透過全民健保的實施策略中既有之「總額預算」制度的設計，在健保財務上能避免公勞保時代的失控與虧損，並控制醫療費用於合理範圍之內；在醫療系統上能促進醫療資源的有效及合理利用，以杜絕醫療資源浪費。

九十一年七月一日對於整個醫療界可說是一項挑戰的開始，因為繼實施牙醫門診總額、中醫門診總額及西醫基層總額支付制度後，醫院總額制度支付方案也開始「簡單上路」（圖表 1-1）。該制度同時控制健保的支出與配合微控的手段，期使健保資源獲得合理的分配，並同時對醫療提供者給予分擔財務風險的責任，所以該制度被視為拯救目前醫療亂象的最終利器。總額支付制度實施後，醫院希望透過減少每位病患就醫的頻率與藥量來減低醫療資源的浪費，有別於實施前希望每位病患多就診、多用藥的想法，但許多病人的觀念認為醫生應多開藥才算充分診療，這將導致醫病雙方在治療過程中認知觀念的落差，故病人認為醫療品質日益下降，是醫療糾紛事件發生的潛在因素（張朝凱，2001）。

## (一) 論量計酬支付制度

民國 84 年 3 月 1 日全民健保開辦以來，迄今已十年有餘，全民健保的財務規劃原本是以自給自足為原則，然而全民健保實施以來，卻屢傳財務失衡的危機，如何挽救全民健保財務，早已經成為政府當局的醫療施政重要的課題。造成全民健保資源過度浪費的原因，除了民眾過度使用醫療服務及就醫習慣外，全民健保初期所實施的支付制度仍沿用公、勞保時期以論量計酬為主要支付基準 (fee-for-service payment system)，也是造成醫療資源無法節制使用的重要原因之一。在傳統的論量計酬支付制下，醫療費用的支出絕大部分決定在醫療院所醫療項目執行的多寡而申報的總金額，由於醫病資訊不對稱，論量計酬支付方式容易誘導醫院對病人執行過多的非必要性醫療項目，以要求較多的健保給付，而且這種由下而上的支出型態，容易造成醫療資源的浪費，保險人較難控制醫療費用的上漲。

## (二) 總額支付制度

醫院向健保局申報費用「作多少，報多少」，最大壞處是各醫院競相看病賺錢，醫療支出猶如無底洞。為了減輕健保財務負擔，控制醫療支出成長，有鑑於此，推行總額預算制或總額支付制度 (global budgeting)，總額支付制是指透過保險人與醫療服務提供者之協商方式，預先訂定年度預算，以涵蓋該醫療機構一年內所提供醫療服務的費用，再以由上而下 (top down) 的方式分配費用，由醫療服務提供者共同承擔健保財務風險責任，以確保保險財務平衡的一種支付制度。

圖表 1-1：總額支付制度推行時程

實施項目	實施時間
牙醫門診總額支付制度	87 年 7 月 1 日
中醫門診總額支付制度	89 年 7 月 1 日
西醫基層總額支付制度	90 年 7 月 1 日
西醫醫院總額支付制度	91 年 7 月 1 日

資料來源：本研究整理

按照健保局的理想，推行總額支付制度的目標為，一方面可以加強醫療品質，二方面可以減輕健保財務負擔，三方面醫師不在惟量是膽，可以有效抒解名醫現象，使得醫院間改善民眾有病沒病都往大醫院跑的習慣，落實醫療分級制度。但是現實中「上有政策，下有對策」，由於總額支付制度的實施，醫療機構面臨支付制度的改變，醫院為求經營績效、降低成本的壓力大為增加，因而為了獲利和生存，各家醫院因應方式也有所不同，花招百出，於是出現了人球、門診一號難求、跟著醫師滿街跑、急診室大排長

龍的情況。原先是便民的理想，卻變成擾民的現況而財務窟窿始終難以彌平，保費多次調升，民眾負擔既增加卻未相對獲得更好的醫療品質及照護，難免怨聲載道。

支付制度介入了原本單純的醫療行為與醫病關係，加上大大降低民眾就醫之經濟障礙後，醫療品質已經轉而為民眾最為關心的議題。

九十一年七月一日健保局推行西醫醫院總額支付制度後，相繼再推出醫院自主管理方案、卓越計畫、新版卓越計畫（醫院總額品質確保計畫），及轉診制度來控制醫療費用的成長以配合總額制度的施行。

## 醫院自主管理方案

由於健保局為掌握合理控制醫療費用之契機，並呼應醫療服務提供者主張專業自主、民眾需要醫療品質及各界籲請合理就醫之訴求，乃自 92 年 7 月開始實施「醫院自主管理」。

參與自主管理之醫院，需先經健保局各分局之篩選，為期實施自主管理之後，病人權益更有保障，此項計畫特別訂有各項醫療品質監控指標，另對醫療資源之合理使用，亦訂有合理化之指標。此外，對民眾申訴或檢舉事項，均逐案稽查並嚴格監控。

所謂「醫院自主管理」乃是各特約醫院自主管理其醫療花費，及每年與健保局協商一總額後，不論醫院看了多少病人，健保局都只給付這筆錢，既不再核刪，也不再補給付，有別於醫院總額是全體醫院分一塊大餅，加入自主管理方案的醫院可以個別和健保局簽約，保障該醫院一季收入可以和去年同期差不多，但簽約醫院如果看太多病人，超出保障額度的部份，健保局則不買單。

### 醫院的因應

由於健保在總額支付的額度已設了上限，為因應「自主管理」，醫院只得加強成本管控，因此「後遺症」慢慢顯現，重症、癌症「高成本，低利潤」的病人因而成為人球。為避免業績衝過頭，門診限號、非急診刀延後再開的情況也屢見不鮮，又對各種檢驗、檢查，也是能免則免，耗材管控更是盡量能省則省，能重複使用的耗材就消毒再使用，以便節省成本。

## 卓越計畫

於 93 年 7 月健保局再推出「卓越計畫」，以保障簽約醫院的總額費用最高可比去年同期入多 4.92%，但也同時要求醫院收治急重症、罕見疾病患者需按年度比例逐年增加，以及其他醫療品質監測指標，否則該項給付優惠措施將被剔除。

### 醫院的因應

參與「卓越計畫」醫院無論看多少病人，給付有上限；沒有簽約的醫院，則要設法

衝業績。各醫院為了因應「政策」，都要有「對策」。有些醫院已在縮減門診量，因為醫院如果繼續拼業績，只會稀釋每個服務的點值，更要求看診醫師絕不加號，甚至取消周六門診；有些醫院將限制醫師使用醫療資源，有些醫院將進口藥改用國產藥；一些區域醫院將醫療成本高的急診患者往外推（蕃薯藤新聞／聯合新聞網，<http://yam.udn.com/yamnews/daily/2248554.shtml>）。

對醫院來說，加入卓越計畫的好處是收入有保障，但風險是如果沒辦法成功疏散病人，醫院收治太多病人的後果，是醫院必須自己「認賠」，醫院為了不做白工，採取緊縮醫療服務政策，受影響最大的是病人。不少醫院指出，「卓越計畫」一點都不卓越，讓醫院、病人雙輸，醫院批為「拙劣計畫」。

### 新版卓越計畫（醫院總額品質確保計畫）

備受批評而終告暫停的健保「卓越計畫」，94年在4月以「醫院總額品質確保計畫」之名捲土重來，卓越計畫實施後，出現民眾掛不到號、住不進醫院的現象，為避免外界對該計畫產生太多誤解，健保局將該計畫改名為「醫院總額品質確保計畫」，並嚴令加入計畫的醫院不可任意限縮診、拒收急重症及罕見疾病患者，如果必需減少門診，則需提出合理的解釋，否則將受到處罰。

健保局訂出病人用藥、掛號轉診、醫院資訊透明、大醫院的門診、住院病床等資訊需及時上網登錄，急診室不得拒絕收治及重症和罕見疾病病人，及品質監測等二十三措施。

### 轉診制度

健保開辦之後，民眾因就醫方便、費用低廉，因此就診次數居高不下，而大型醫院門診的負荷量更是龐大，但是根據各國研究的結果發現，其實大部分的疾病均能由基層醫師處理。因此在許多歐美國家，民眾生病時會先找家庭醫師，必要時，家庭醫師會把需進一步治療的病患轉介至醫院。如此，醫院與診所各司其職，診所成為提供病患最初級及全面性照護的第一站，每位民眾都能在基層找到「厝邊好醫師」，與家庭醫師建立長久醫病關係，而醫院則更有餘力專注發展重症治療與臨床醫學研究。

為強化醫療分工，推動轉診制度，健保局將拉大醫院與診所基本門診部分負擔的差距，自94年7月15日起，一般民眾至診所看病，部分負擔維持每次50元；到醫院看診，若是經過醫師轉診的，基本門診部分負擔不調整。但若未經轉診，直接至醫院就醫，基本門診部分負擔則依醫院層級別增加30、100、150元（圖表1-2）（中央健康保險局全球資訊網，<http://www.nhi.gov.tw>）

。

全民透過有來有往的垂直整合轉診制度，才能真正善用醫院診察資源。因此，若能落實雙向轉診制度，搭配社區醫療照護網路的建立，民眾便可在社區的基層診所獲得以病人為中心的周全健康照護，萬一需要住院、手術等進一步的治療，再透過轉診由醫院提供持續的診治服務；基層醫療院所負有第一線把關民眾健康的角色，大型醫院則具教學研究的責任，兩者角色不同，無所謂優劣之分。

### 基層醫師準備好了嗎？轉診的銜接機制準備好了嗎？

對於民眾來說，「大病看大醫院、小病看小醫院」是理所當然的事，問題是，民眾如何分清楚什麼是大病、什麼是小病？一個咳嗽可能是 SARS、可能是肺結核、可能是…，基層醫師能不能真的看出「病因」，是否會因「小」而失「大」，是大家不敢到診所就醫的原因，沒有後送的支持系統，都是民眾到基層看病的疑慮。而一些特殊用藥在基層拿不到的情形，也是迫使民眾只能往大醫院跑的原因。

### 為什麼要建立轉診制度

以制式的政令宣導來回答這個問題，通常便是「看大病到大醫院，看小病到小醫院」，來遏止民眾一有小病就逛大醫院。但是，一般民眾通常處於不知道自己到底是患了大病還是小病的情況，而大病的徵兆往往卻又從小病開始。

### 預期結果

- 若干醫院甚至已經傳出，如果民眾不經轉診就到大醫院看病而卻不需要拿藥的話，就勸導他們改採自費方式，在此自費看病的情況下，民眾付出的費用比健保部份負擔規定的費用來得少，醫院則拿到紮紮實實不打折扣的現金。所以，健保局藉轉診制度以微調的辦法加重部份負擔，當然是以解決自己眼前的健保財務問題為主，而其最終結果，可能是健保局與開發自費市場成功的醫院「雙贏」，輸家是被增加了負擔的民眾、門診病患流失且無力開發自費病患的醫院、以及病患數目增加而所得卻沒有增加的基層醫師。
- 台灣的民眾從來就沒有這樣的習慣，要看病也是自己找醫生、找科別，所以要實施轉診相形之下比較困難。
- 由於台灣醫療體系分佈不均，在都會地區，去醫學中心看病非常便捷、醫療水準又比較高，在當前民眾認為基層醫療品質參差不齊的情況下，要實施轉診不啻是緣木求魚。
- 部分民眾因認為大醫院醫療品質較佳，設備好，醫生的醫術高明，或長期累積的就醫習慣，往往小病卻喜歡直接到大醫院就醫，導致大醫院的門診天天人滿為患，連帶使得醫師及護士沒有足夠的時間和心力來照顧重症病人，造成健保資源的浪費；同時醫院分科較細，病患往往在未獲得充足的資訊及專業的諮詢下，就自行到醫院選擇科別就醫，結果就面臨了在大醫院看門診時，掛號隊伍

長、等待看病時間長、等藥時間長及看病時間短、發問時間短的「三長兩短」處境。

圖表 1-2 落實轉診新制方案

醫療院所	經轉診 之門診基本部分負擔	未經轉診 之門診基本部分負擔	急診 部分負擔
醫學中心	210 元(不變)	360 元	450 元
區域醫院	140 元(不變)	240 元	300 元
地區醫院	50 元(不變)	80 元	150 元(不變)
診所	50 元(不變)	50 元(不變)	150 元(不變)

附註：1、牙醫、中醫、門診藥品及復健(含中醫傷科)部分負擔維持現制，並未調整。

2、調整前之急診部分負擔，醫學中心收取 420 元，區域醫院收取 210 元。

資料來源：中央健康保險局全球資訊網

圖表 1-3：各項制度的區分

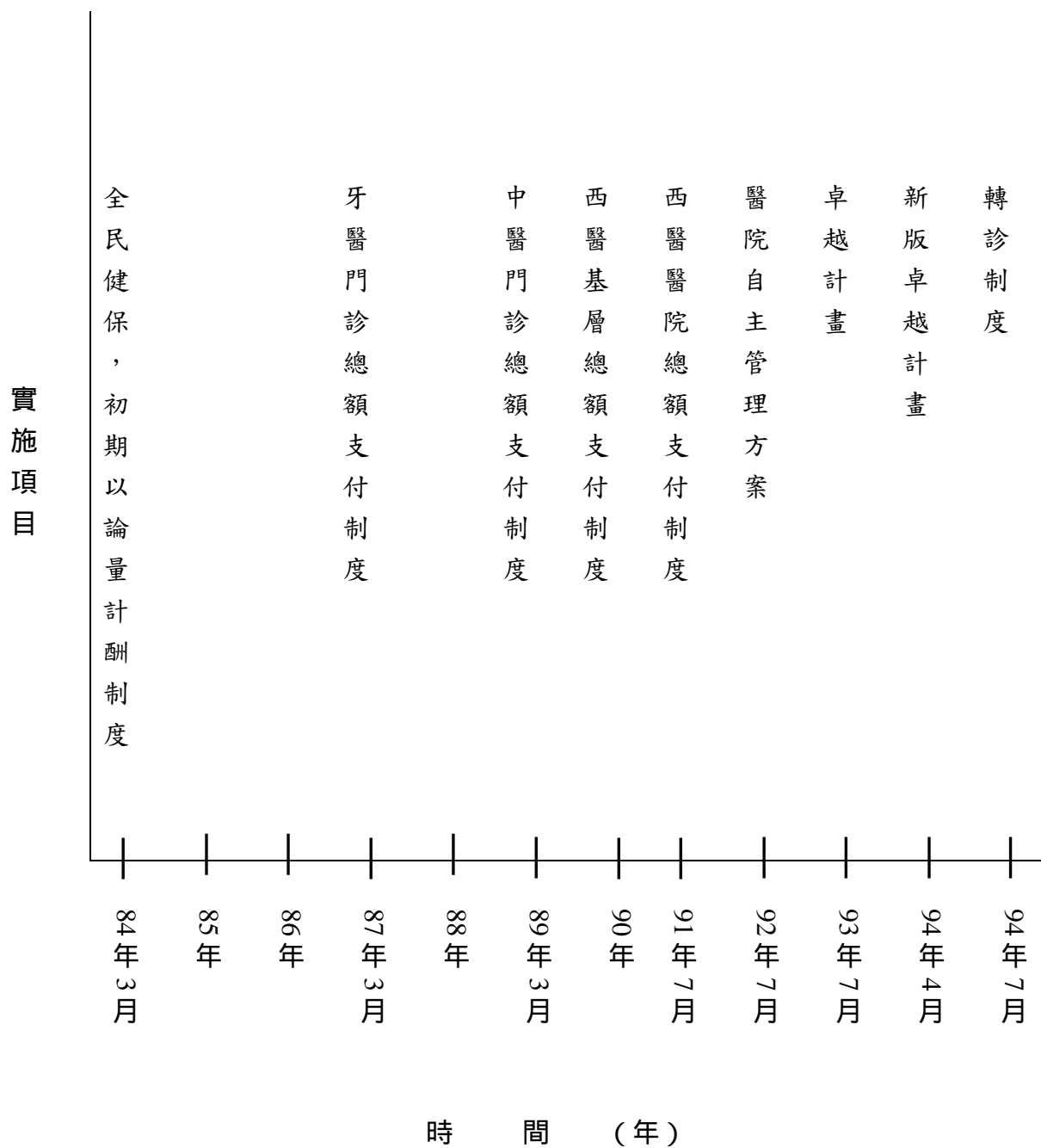
項目	名詞解釋	支付制度	實行目的	實行結果
全民健保初期	全民健保的實施，具有社會福利的功能，以大數法則分擔風險，實行所得再分配，展現社會的公義，締造和諧安全的社會。	論量計酬制度	所有國民都不會因為付不起保險費及部份負擔而不能接受適切的醫療服務，因而由政府強制辦理。	執行過多的非必要性醫療項目，醫療費用日益成長。
總額支付制度	健保局與醫院協商，設定每年要花費金額的上限。	總額支付制度	秉持「不虧損、不浪費」的原則，確保保險財務平衡。	在毫無配套措施下貿然實施醫院總額制度，造成各醫院拼命衝業績，面臨浮動點值下滑。
醫院自主管理方案	以三個月為一季，每季給予醫院固定的費用上限，讓醫院自主管理，自我管控，訂定門診及住院的總額分配比例（45：55）。	總額支付制度	病人權益更有保障，醫療資源合理使用。	醫院加強成本管控，因而嚴格要求門診限號及減診，非急診刀延後開刀，病人吃不到以前的藥，小病就要住院，醫院門前附設診所的怪象，以免病人超過配額後，每多看一個病人，醫院就得多賠一些錢。
卓越計畫	是自主管理的修正版，保障簽約醫院的總額費用最高可比去年同期收入多 4.92%，加入卓越計畫的好處是收入有保障。	總額支付制度	降低抗生素的使用率，減少不必要的用藥，藉保障收入來引導醫院加強照護急重症病人，上訴要求訂定醫療品質監控指標。	醫院將進口藥改用國產藥，將醫療成本高的急診患者往外推，病人被當人球滿街跑，求醫無門，醫院採取減薪措施，醫師收入下降，越來越多醫師辭職開業。
新版卓越計畫	新版卓越計畫又名「醫院總額品質確保計畫」。	總額支付制度	加入計畫的醫院不可隨便限診、縮診、更不能拒絕急重症及罕見疾病患者，醫院病床資訊需及時上網登錄。	能否一掃「卓越計畫」造成病人變成人球的斃害，則有待觀察。

項目	名詞解釋	支付制度	實行目的	實行結果
轉診制度	強化醫療分工，透過有來有往的垂直整合轉診制度，診所成為提供病患最初級及全面性照護的第一站，萬一需要住院、手術等進一步的治療，再透過轉診由醫院提供持續的診治服務。	總額支付制度	看大病到大醫院，看小病到小醫院，遏止民眾一有小病就逛大醫院。	經過醫師轉診的，基本門診部分負擔不調整。但若未經轉診，直接至醫院就醫，基本門診部分負擔則依醫院層級別增加 30、100、150 元（圖表 1-2）。

資料來源：本研究整理



圖表 1-4：全民健保歷史回顧



資料來源：本研究整理

## 二、研究動機與目的

生、老、病、死是人生必經的歷程，因此，醫病關係在每一個人一生當中都應該是

最重要的一種人際關係之一。打從嬰兒呱呱落地初生的一剎那，直到一個人生命旅程已盡的時刻來臨，醫護人員作為每一個個人的疾病照護者及健康促進者，其使命是崇高的、角色是重要的、而責任也是沉重的，而病人（民眾）和醫護人員間處於醫療資訊的不對稱，養成病人本能的順從醫師的醫療決定的習慣，和諧的醫病關係因而成為在人的一生中所企求的。

然而現代的醫病關係隨著社會的變遷與醫療保險制度的實施，其內涵與面貌也起了急劇的轉變。醫療機構管理人在商言商，以「績效」對看診醫師耳提面命，醫病互動的本質變成像是商家及消費者，搶病人甚至如做生意拉客。而醫療保險給付制度主宰了每日的醫病互動及醫療行為，做假、浮報、濫報保險給付者時有所聞（蔡甫昌，2002）。因此，面對總額支付制度的實施，醫療院所如何因應前所未有的衝擊，是本研究的動機之一。

隨著消費者權利意識高漲及網路知識之發達，國民知識水準提高等社會結構之變化，醫師與病人社會地位的改變，病人逐漸擺脫以往對於醫師的崇拜服從心態，傳統和諧的醫病關係，已受到明顯的衝擊，也由於醫療費用的給付是由第三團體保險機構來支出及管控，受限於各種醫療資源分配、醫療體系層級劃分等考量之影響，使得醫病關係與互動，增加了許多複雜的變數。因此，總額支付制度如何影響醫病關係，醫病關係和諧各在病人、醫護人員、醫院方面可以促進哪些成效，以及如何維護醫病關係的和諧，是本研究的另一動機。

現階段的醫病關係，因為給付問題造成醫護人員與病人的對立角色，更使得醫護人員在執行救治病人職務之際，也要同時考慮醫療給付及任職醫院所給予的限制及規範，形成更大的壓力。

所以，不僅病人可能對醫病關係感到失望，過去醫師受人景仰而崇高的社會地位早已式微，在二十一世紀執業的台灣醫師也屢屢感嘆「醫生越來越難做」，甚至走上街頭抗議，要求廢除總額支付制度；面對總額支付制度的考驗，病人抱怨連連，醫師則是有苦說不出。透過二十位第一線的臨床醫護人員的訪談，真實的呈現他們在總額支付制度之下照護病人的心聲及對心目中理想健保制度的看法，是本研究的第三動機。

本研究的目的是在探討醫療機構在總額支付制度的引導下能達到以下目的：

- 瞭解總額支付制度如何影響醫療提供者與被保險人之間的關係及互動。
- 瞭解醫護人員對現行總額支付制度的看法。
- 為維持和諧的醫病關係，保險人（健保局）、醫療提供者及被保險人（病人及民眾），各應擔當何種義務。
- 提供政府相關單位及保險單位，作為擬定健保制度的參考。

## 第二章 文獻探討

本章由文獻中探討全民健保的定義與目的、基本架構，及其特性，並列舉健保支付制度中常見的種類。

### 一、全民健康保險的意義與目的

全民健康保險 National Health Insurance 係以政府的力量，採用保險的原理，於人們遭遇到與健康有關的問題時，提供醫療給付或現金給付，以幫助人們渡過難關，保障人們的健康，維持社會的安定。

健康是生命的基礎，沒有了健康，生命就失去了意義，「健康保險」的保險標的為人身的生命與健康。推動全民健保，是人民生存權的最直接保障

1992 年國民大會修憲時，特於憲法增修條文第十八條專列：「…國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。…」亦即「全民健保」實為「社會保險最重要的一環。憲法第一百五十七條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」，亦即全民健保的目的。憲法第十五條規定：「人民之生存權應受保障。」

由於全民健保的實施，一舉將台灣帶入全民皆有健康保險的已開發國家之列，達成 97% 納保率，使台灣全民健康保險在「可近性」上的成就傲視國際，堪稱創舉，姑且不論實施時機之成熟度與規劃的周全性如何，單就是健康為基本人權而欲人人享有健康照顧的著眼點來看，此舉是值得肯定的（行政院衛生署，2004）。

全民健康保險，簡稱「全民健保」，是保險的一種，自通用一般有關「保險」的法則，但由於其保險的標的在於「健康」，因而屬於「醫療保險」的範疇。而其概以「全民」為對象，就是「社會保險」的方式，也就是使社會上所有國民都不會因為付不起保險費及部份負擔而不能接受適切的醫療服務，因而由政府強制辦理（顏裕庭，1995）。

全民健保是以社會福利的手段，由國家法律的規定，強制所有國民參加，且以所得再分配的方式，由高所得、少罹病的族群，連帶分擔弱勢團體低所得、多罹病族群的醫療服務費用，也就是課以高所得者較高的保險費，低所得者較低的保險費，使高所得者得以激發「助人為快樂之本」的狹義精神，低所得者感到自己亦可付出保險費，保持其自尊，不必感受受施捨的窘態，甚而覺得接受適切的醫療服務是應得的利益。保障社會安全，亦即全民健保的實施，具有社會福利的功能，以大數法則分擔風險，實行所得再分配。那麼，全民健保的最大貢獻在於所有國民都不必憂慮因收入微薄而生病不能得到適切的照顧，實現了醫療人權，保障國民生存權及健康的生命內涵，由而展現社會的公義，經由自助互助的社會連帶，重新分配所得資源，消除經濟發展所引起的貧富差距，造成和諧安全的社會。

因此，全民健保並非如一般的商業性醫療保險，以盈餘為目的，而以社會公義，社會安全為其目的，也就是全民健保，一定要顧及弱勢團體的利益，其已有的利益不但不能收回，而且應給予新的利益，其負擔不但不應增加，而且應該想辦法減輕，才合乎社會福利的全民健保理念。

## 二、全民健康保險的基本架構

以下分述全民健保的基本架構，被保險人，保險人，醫療提供者。

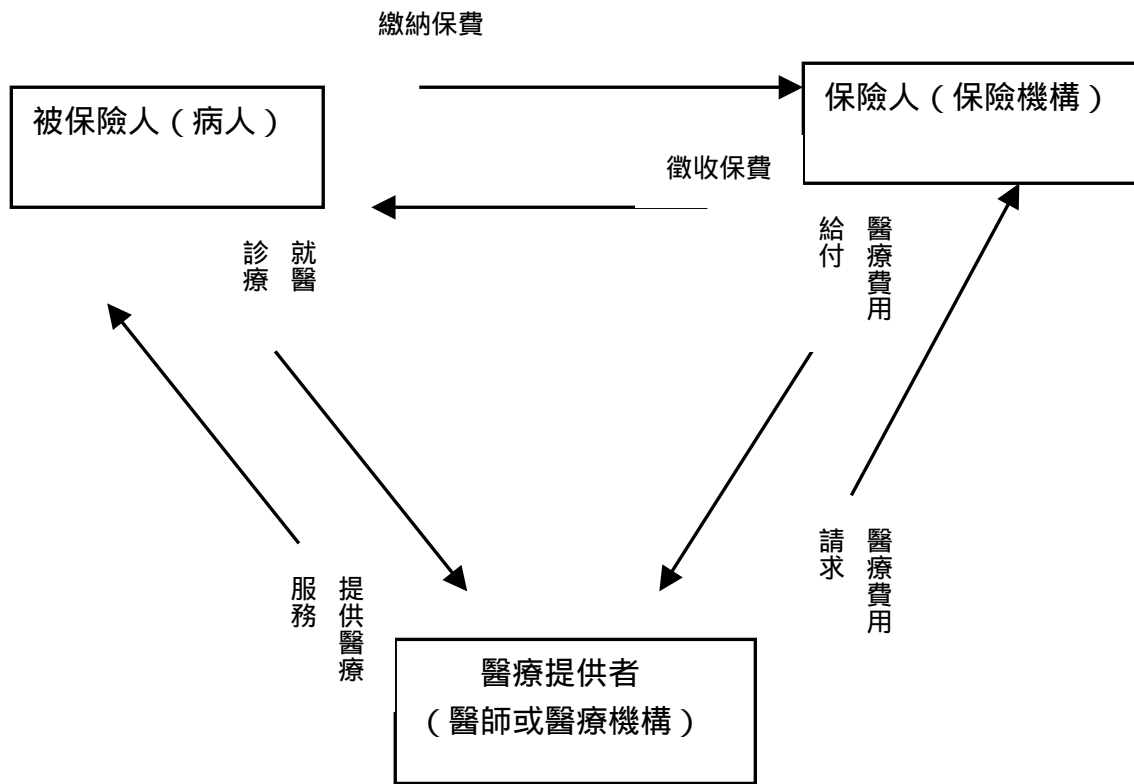
**被保險人：**醫療衛生服務過程裡，病人最為重要，即為「醫療保險」制度中的被保險人。

**醫療提供者：**醫師或醫療機構提供醫療服務者。

**保險人：**為被保險人接受醫師或醫療機構所提供的醫療服務而付費的保險人，也就是醫療保險契約中為被保險人提供醫療給付者。衛生署的「中央健康保險局」為全民健保的承保機構，隸屬行政院衛生署，為正式政府機關。

醫療保險是一種契約，但是與本來的一般保險契約只有保險人與被保險人兩者的情形不同，由於第一團體（病人）、第二團體（醫療提供者）與第三團體（保險機構）間的三角關係，因而醫療保險在提供醫療服務時就比一般保險顯得十分複雜（圖表 2-1）。

圖表 2-1：全民健保基本架構的三角關係



資料來源：本研究整理

### 三、全民健康保險的特性

#### (一) 社會扶助性

國家運用公權力，將社會資源重新分配。健康保險偏重於需要扶助者，因此，壓低低收入者的保費負擔，由一般稅收或高所得者多承擔的保險費來彌補其不足的保險經費。

#### (二) 供給創造需求

健康保險具有刺激需求的作用。若醫療費用低，甚至免費，醫療需求量會大幅度的增加。

#### (三) 道德危險

由於病患不需付費或是指需負極少的費用，就能享受醫療服務，因此，病患會要求多一些而且高水準的醫療服務，人們的天性是，對於不需掏腰包(out-of pocket)而能得到的東西，都會多所需求。由健康保險而產生對醫療服務的過度使用量就是道德危險(moral hazard)。

健康保險的道德危險可從供給面和需求面兩方面來敘述：就供給面而言，醫師是醫療服務的供給者，在利潤動機之下，多做檢查、多開藥，可以增加其收入，因此，會多提供醫療服務，造成處方過量的情況。就需求面而言，有了健康保險之後，病人的負擔減輕，相對的，對於醫療的需求增加（蕭文，1991）。

## 四、醫療費用部份負擔制

醫療費用除了由全體被保險人繳納的保險費支付外，被保險人在享受醫療服務時，必需負擔一定比例的醫療費用，是為醫療費用部份負擔(cost-sharing)。健康保險實施患者醫療費用部份負擔制是普遍的趨勢，其理由在於。

### （一）減輕保險單位財務負擔

自 84 年實施全民健康保險以來，台灣健保面臨財務日見短絀的窘境，醫療費用部份負擔不但可以克服財務支出上的成長，減輕保險單位財務負擔，亦可協助全民健保永續經營。

### （二）避免浪費醫療資源

天下沒有白吃的午餐，也沒有免費的醫療照顧，被保險人在就醫時需負擔一部份的醫療費用，可促使被保險人選擇低費用、高療效的醫療方式，以符合公平原則，因為浪費的醫療資源不應由全體被保險人分擔。

### （三）傷病的產生個人需要承擔部份責任

傷病的產生個人需要承擔部份責任，因此，醫療費用採行部份負擔制。有些由於不良行為所致，如酗酒、吸毒等，不應由其他被保險人來負擔，否則有失公平（蕭文，1991）。

## 五、全民健康保險支付制度

廣義的健康保險財務包含了保險的收支兩個層面，「收」指財源籌措，「支」指財務

支出，前者主要是探討錢從何處來，如何對總體經濟的負面衝擊最小，對象是政府、雇主及被保險人；後者主要是探討錢應如何有效地分配，對象是醫療服務提供者（羅紀瓊，1996）。

支付制度之設計有助於維護全民健保財務之平衡，對醫療服務效率、醫療品質、醫療資源之分布以及行政效率亦皆有很大之影響，好的支付制度不但能控制醫療費用成長於合理之範圍，影響醫療服務提供者之服務效率（如門診手術、所短住院日），而且透過支付制度的設計影響醫療資源在城鄉之分佈，另外，支付制度的設計可進一步影響醫療服務的品質，更影響醫療院所之行為（李玉春，1996）。

依據支付標準設定的時間點，可將支付制度區分為前瞻性支付制度（prospective payment system 簡稱 PPS）及回溯性支付制度（retrospective payment system 簡稱 RPS）前瞻性支付制度係保險人對被保險人所接受的醫療服務付費給醫療院所的一種方法，即在將來臨的會計年度前，預先訂定付費費率（支付標準），不論醫療院所之實際盈虧、診療模式等變數，均以預定的費率付費的制度。反之，事後依據醫療院所實際發生之成本擬定支付標準，稱為回溯性支付制度（陳楚杰，1997）。

常見的支付制度列舉以下有：論量計酬制、論人計酬制（capitation）、論病例計酬制（case payment）及總額支付制度（global budgeting），將分述之。

### （一）論量計酬制

全民健保初期採用，按照所提供給病人的服務內容與數量來計費，收費多少通常由第三團體保險人的付費標準來決定。對於自費病人，醫師可依其付款能力而收費，或依社區常規標準來設定收費。因此，論量計酬制度往往鼓勵醫師更努力工作，並可加強醫師與病人間的關係，不過這種制度不免也鼓勵了重複型的醫療服務（顏裕庭，1995）。

### （二）論人計酬制

依據被保險人之人數及其醫療需要（如被保險人的年齡、健康狀況、性別）事先決定當年度支付費用，而不考慮被保險人實際醫療利用情形之一種支付制度，稱之為論人計酬（capitation）（陳楚杰，1997）。

此制度由於與醫療服務提供量無關，可提供強烈經濟誘因，促使醫療院所提供較有效率之服務類型，如增加預防保健服務之提供，或以低成本之服務取代高成本之服務（李玉春，1996）。

### （三）論病例計酬制

此制度主要依病例組合而非服務項目訂定支付標準，乃是以固定的價格支付某一特

定疾病的住院費用；此制度中最為人樂道的即為「疾病診斷關係群」，亦即以 Diagnosis Related Groups (DRG) 為基準之住院支付制度，此一制度的目的在於控制醫療費用成長的速度並希求提高醫療機構的效率，減少醫療資源的浪費。

疾病診斷關係群的特點在於考慮病人的特質而非醫院的成本來定義病例，病人的特質包括性別、年齡、主要的診斷、次要診斷、處置以及出院情況等項目為主，其主要精神在於結合疾病分類及醫療資源的耗用量，發展出臨床性質與成本皆相近之組別。依疾病分類而預定費用，訂定平均住院日數及最高醫療費用給付，以控制醫療費用的上升，對每一種疾病診斷關係群都有其一致的標準化診療方針。

診斷關係群屬前瞻性支付制度，及每一種診斷關係只有一個價格（支付標準），事先議定，因此，醫院若能有效利用醫療資源，不提供不必要的服務，則可獲得較高的利潤。（李玉春，1996）

#### （四）總額支付制度

是指健康保險機構或政府預先針對某類醫療服務提供部門（如住院服務、門診服務或總體醫療支出）以協商方式訂定一段期間（通常為一年）內支付之總金額，以涵蓋該部門一年內所提供醫療服務之費用。由於預知總預算，醫療院所較缺乏誘因以量制價，再加上同儕制約與審核制度之規範，可使醫療服務漸趨於合理，並確保保險財務平衡的一種支付制度（楊志良，2000）。

此制度的優點為量入為出，依實際需要及物價指數的上升而逐度逐年調整，實為企業化負責任的管理方式，自可控制醫療費用支出的暴漲。這是由於因預算既已固定，支出上限已定，醫療機構及病人不能漫無止境的需索醫療服務，必須在各種選擇的醫療服務中釐定優先順序，以確保全民健保不虧損、不浪費的運營原則。

全民健保對於醫療產業的影響是深遠且立即的，它的一舉一動都造成醫療產業莫大的變化，因全民健康保險規範全國醫療保健照護的分配（獲得）與提供（生產）是我國有史以來影響最深遠的衛生政策，而健康保險的支付制對醫療費用、醫療服務效率、醫療品質、醫療資源的分佈以及行政效率都有很大的影響（楊志良，1996）。

全民健保的實施，對醫療產業的衝擊大多是來自需求量的增加而收入相對控制在一定範圍內（潘憶文等，2001）。因此，健康保險支付制度引導醫療機構的管理模式及因應作法，也因此影響了醫病關係的發展。



## 第三章 研究方法與研究流程

### 研究方法

本研究設計有關全民健保總額支付制度與醫學中心醫病關係研究之開放性問卷共有八道題目（附錄一），量性問卷共有七道題目（附錄二），分別訪談某醫學中心第一線的臨床醫護人員，共有 10 位醫師及 10 位護理人員。

訪談對象之選取並非以隨機抽樣方式進行，而是選以志願者及其在醫療領域之年資在 10 年以上，而且醫師之職務在專科醫師以上之受訪者。

訪談前分別與訪談對象約定訪談時間，說明訪談過程及目的（附錄三，研究邀請函），並填寫訪談同意書（附錄四）。20 位訪談對象中有 5 位是當面訪談，其餘 15 位則採取電話訪談方式，訪談過程經過受訪者之同意採用錄音設備，其中 1 位受訪者拒絕訪談錄音，而採以筆記記錄訪談內容；每次的訪談約費時 1 小時又 30 分鐘至 2 小時的時間，每位受訪者資料再經過 3 小時的聆聽錄音帶及整理撰寫。

由於醫護人員所從事的臨床工作忙碌而辛苦，又訪談並非三、五分鐘即可結束，因而與受訪者約定的訪談時間均為受訪者下班後或是午休時間，其中也有 1 位醫師及 1 位護理長因為工作之故而婉拒受訪；受訪者在訪談過程中暢所欲言其對健保總額支付制度的施行與醫病關係之心聲，並對未來的全民健保制度提出中肯的建議。

### 研究流程

本研究共分為五章，研究流程如圖表 1—5 所示，章節安排及內容敘述如下：

#### 第一章 緒論

說明本研究的背景與動機、研究目的、研究方法及研究架構。

#### 第二章 文獻探討

說明全民健保定義與目的、基本架構及其特性，與支付制度的種類及其定義。

#### 第三章 研究方法與研究流程

說明研究的過程、所使用的工具，及其流程。

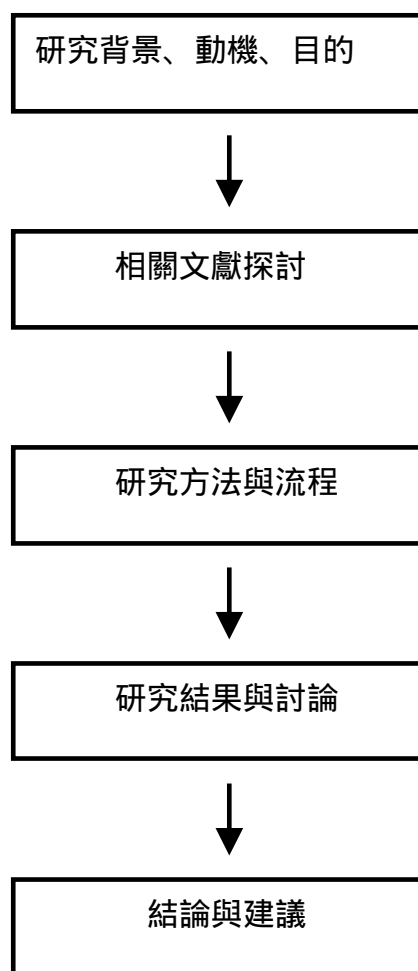
#### 第四章 研究結果與討論

真實呈現個案醫院 20 位醫護人員的訪談內容，並根據所得的結果再予以討論。

## 第五章 結論與建議

敘述本研究綜合的分析及結論整理，並根據研究結果提出可行性的建議以供健保政策制訂相關單位、醫療提供者及被保險人等之參考，最後是對後續研究的建議。

圖表 3-1 研究流程



資料來源：本研究繪製

## 第四章 研究結果與討論

本章為訪談後經過整理、分類、歸納，真實呈現個案醫院 20 位醫護人員的訪談內容，並根據所得的結果再予以討論。

受訪者 10 位醫師其訪談資料內容分別以 D001-D010 為編號，10 位護理人員訪談資料內容則分別以 N001-N010 為編號，以下根據問題順序（附錄一），逐一深入探討。

### 一、目前健保所實施的總額支付制度，如何影響醫病關係？

健保自 1995 年開辦以來，在論量計酬的制度下，醫療費用支出成長，使得健保財務日捉襟見肘，在健保瀕臨破產之際，為了控制醫療服務的成長量及醫療費用於合理的範圍內，在 2001 年總額支付制度「簡單上路」，由於控制醫療費用的重責大任轉嫁至醫療院所，因而醫療院所必需面臨成本與品質兼顧之考驗，透過對個案醫學中心 10 位醫師及 10 位護理人員的訪談所得的綜合意見中可以得知，醫院為因應總額支付制度的實施，為營運之考量下，在下列項目實施管控措施，也因而影響了醫病關係。

#### （一）限制病人掛號及門診人數

##### 控制門診人數

醫院為了控制門診人數，因而減少門診數、門診診次及每一門診看診病人數，因而導致病人掛不上號，當病人掛不上號時也就無法順利看病拿藥，因此，病人就到門診診間找醫護人員吵鬧，醫護人員除了無能為力之外，也是感到百般的無可奈何。

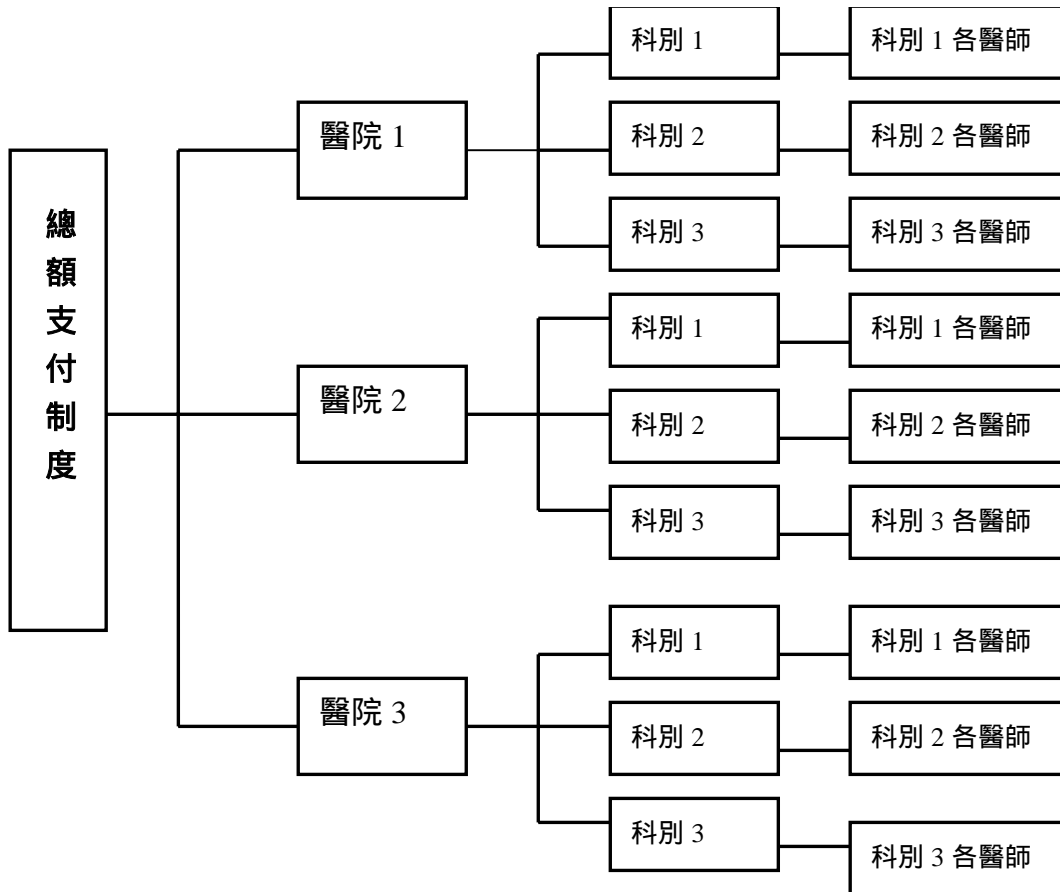
有一位婦產部的主治醫師（D004）提到：「因為有很多的病人是由他院轉診而來，有的病人甚至遠從外地來看病，當醫師答應為病人看病時，醫院為了控制門診人數，仍不准許病人掛號，就連病人要自費看病也不允許。」

##### 總額的分配

當門診病人數超過健保所規定的合理門診量時，醫院就是在做白工了，因為無法拿到健保局給付的診療費，健保局分配給醫院的總額，醫院再將此總額分配給各科，各科的主任再將醫院所分配的總額分配給各醫師，所以，當醫師考慮到門診所分配的量，也就不敢在門診為病人作處置，所以強迫病人轉到急診處理（D005）。

一位婦產科的主治醫師（D003）說：「醫院實行總額制度，也會將額度分配給各科，各科再分配給各醫生額度，所以醫生一個月可以開刀幾個病人是被分配好，很多的病人也就排不進來開刀。因為多做會多虧錢，所以總額制度讓大部分的醫生很反彈。」

圖表 4-1 總額的分配



資料來源：本研究整理

### 影響出院計畫

由於限制門診量，也影響了出院計畫的推動，當病人出院後的一段時間，個案管理師（由副護理長或專科護理師擔任）在追蹤出院病人之際，發現病人健康有異樣時，也已經沒有權責了，因為無法幫助病人掛號安排後續的回診治療，這樣的情況之下，出院計畫的執行並非站在病人的健康立場著想，其實是無法為病人做什麼事了，而是純粹為了打這一通追蹤電話罷了（N008）。

### 員工的家屬看病也是被限號

病人掛不上號，就連醫院員工的家屬要看病拿藥也是掛不上的，家人的健康沒有得到妥善的安排，也影響了員工工作的情緒，並且也對醫院無法照顧到員工的家人感到懷疑，因而對工作的醫院失去信心及忠誠度。

一位護理長（N008）說到：「總額制度的實施也影響員工家屬的看病，因為限診的緣故，員工的家屬也無法掛號拿藥，家人的健康沒有安排好，其實也影響到員工工作的情緒，當時也對醫院無法照顧到自己的家人感到懷疑了。」

## 第一線的護理人員不知道限診到何時

更有門診的第一線護理人員（N009）反應：「當病人掛不到號，我們（門診的醫護人員）也都被病人罵。病人不瞭解為何我們要限診、限號，而醫護人員也不知道限診到何時，要如何向病人解釋。」她指出，醫院應該要和第一線人員溝通，高層主管並沒有下達明確的指令給第一線的醫護同仁，導致門診的護理同仁既要忙於原本的護理工作，又要安撫病人的情緒及解釋健保政策的改變。

## 醫病關係好願意接受較長時間的等候看病

由於病人無法掛號，因此很多的病人到健保局投訴，在研究訪談期間，該個案醫院的電話語音掛號系統雖然在門診病人數額滿後無法順利電話預約掛號，但是卻可以接受病人當日的現場掛號，因此當日現場掛號的病人將會得到很後面（號數很大）的看診號，因而，病人有很長的等候看病時間，但是，願意等待的病人，通常都是多年來該醫師的長期病人，不但與該醫生有著良好的醫病關係，更是對醫師長期的給予看病、診治產生信任。

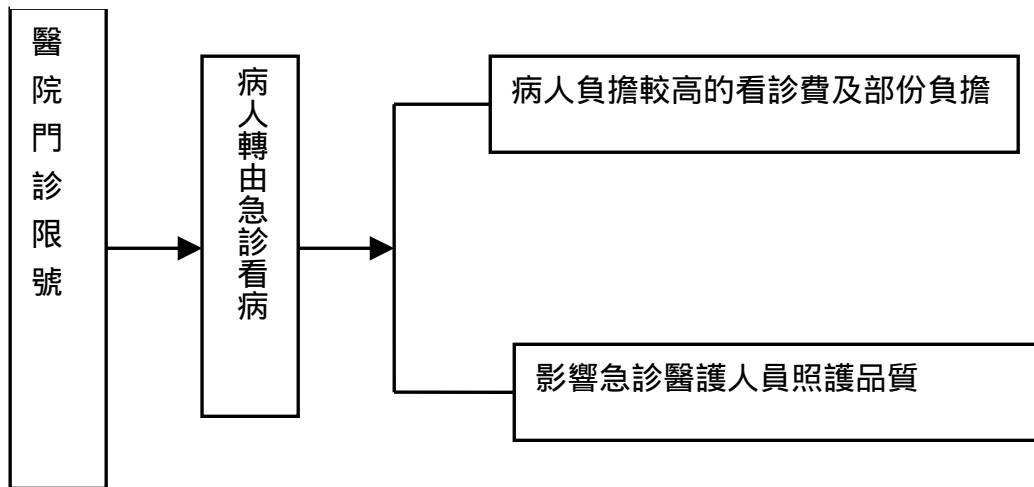
一位兒童醫學部的科主任（D001）表示：「門診預約限制病人掛號，使得病人只好以現場掛號來看病，因而讓病人有很長的等候時間，但我的病人並沒有對醫生發脾氣，因為這些病人多年來都是找我看病，所以他們也就願意等候，但病人會反應：『都掛不到號』因而請醫生幫忙預約，所以我的病人與我的關係還算是良好的。」

## 門診限號轉由急診看病

醫學中心肩負著診治重症病患的重責大任，同時也是病人尋求第二意見的醫院，當他院轉診而來的重症病人，以及當病人對於基層診所或是地區醫院、區域醫院的診療有所疑慮時，是否因為醫學中心的門診限號無法順利看病，不僅影響醫病關係，病人也因而轉由急診取得看病的機會，相對的，病人從急診獲得診治需要負擔起比門診為高的看診費，也因此加重了急診醫療人員的工作負擔，並且分散了急診的醫護人員對於急診病患的照護。

健保局實施總量管制的原意為控制合理的門診量，以提升醫療品質，但實施以來，醫療院所在多做多賠的情況下，只好減少門診人次，但是也因此讓急診室天天都超收病人。

圖表 4-2 門診限號病人轉由急診看病



資料來源：本研究整理

## (二) 開藥、檢查、開刀的管控

### 台製藥取代進口藥

門診病人最大的抱怨是總額制度實施前可以拿到的藥，在總額制度實施後已經都拿不到了，而且病人也認為此時醫生所開的處方不夠好，更不是病人多年來所使用的藥物。由於醫院實施總額制度，醫生在開藥上有所被限制，無論是藥量、藥的種類均有所被限制，因而醫師在下處方時會有成本的考量，醫院也改變以往的進藥方式，以 GMP 台製藥物取代進口藥，所以當病人發現所拿到的藥並不是病人所要的，或是並非以往長期的用藥，就會質問醫生為什麼給他不同的藥，病人的期望沒有達成，因此與醫師產生衝突，甚至有病人將不滿意的整袋藥往醫師的身上丟過去，有些病人也抱怨說：「如果健保不能給付，我們願意自費購買藥物 (N002)。」

一位主任 (D009) 說到：「病人就醫時掛不到號、用藥和以前不一樣、未能住院，都是讓病人不滿的原因，因而導致醫病關係不和諧。」

### 原廠藥效度較佳

一位心臟內科的主治醫師 (D005) 指出：目前 A 大學附設醫院及私人醫院已經全面改為台製藥了，醫院成本可以減少 10-15% 的支出，原本一顆原廠鐵劑就可以提升病人的血紅素，現在二顆台製鐵劑還補不起來，其實醫院成本並不會減少反而增加，原廠藥的效度在醫師認為還是比較好，況且病人還會問醫生為什麼給他比較爛的藥，也因此病人不信任醫師，又轉而看其他的醫生，病人又再度去流浪。因此，我的處理是多開慢性

處方簽給門診病人，至少讓病人能夠吃得到藥。若叫病人轉到其他醫院去看病，病人也未必會轉去，因為本院病人的特色是已經逛過很多家醫院了，最後才來到本院的。

### 病人對於醫師的處方有更多的疑慮

實施總額制度會讓病人對於醫師所開的處方有更多的疑慮，因為病人覺得健保局在藥物上有管制，因而懷疑醫師的處方不夠好，容易引起醫病關係不和諧（N002）。

### 以前只要掛一個科，現在要掛二個科

然而醫師在為病人開藥處方時，也會考慮若不是該科的藥物就請病人到本科開藥，該科別就不會因此增加藥量的總額，例如，病人患有心臟病及糖尿病，心臟病的藥物可以在本科開藥（被訪者為心臟內科專科護理師），而糖尿病的藥物則要掛號新陳代謝科，所以專科護理師這時要很詳細而且再三的對病人解釋，但，不是每一個病人都能夠接受，病人會覺得很麻煩，讓他浪費時間，而且又再掛另外一科也讓他又再花一次掛號費（N005）。

另一訪談者（D009）也指出，這樣的情形反而增加病人就診次數，雖然在科的總額被控制了，但是對整個醫院的總額其實是增加的。

病人以前只要掛一個科就可以拿到心臟病及糖尿病的藥，現在則要掛二個科，在門診大樓裡上上下下的跑，耗時耗力又耗錢，才能拿到全部的藥。

### 醫療品質 vs. 總額限制

醫院在檢查項目及執行開刀額度的管控，也是限定每一科別的總額，有位科主任因為執行開刀較多，也被醫院高層「提醒」說：「你開刀要限制，否則你就害了我們。」因此，醫師的士氣備受打擊（N008）。

該住院的病人無法住院，該開刀的病人延遲到下個月再開刀，以免增加這個月的總額，也由於每一科別被分配總額，因而在每月中旬要評估所做的侵入性檢查是否超過量，如果超過了，那麼在月底時就要控制檢查的量了，雖然病人因為病情的需要做檢查，但是醫師考慮到總額制度檢查量的控制，因而延後執行檢查，也就是讓病人等待到下個月再檢查（N006）。如此作法，只因為醫院深怕執行醫療處置超出了總額而被核退給付，但是減少病人檢查量，恐有耽誤病人病情及降低醫療品質之虞，這是值得深思的問題。

自主管理方案實施後浮現的怪像是，過去被視為業績太好或門診量太高的紅牌醫師，現在則被列為「提醒對象」，甚至是「輔導對象」，醫師的專業自主權，在此時所考量的已經不是病人的照護需求及醫療品質，而是醫院所分配給他的總額，讓許多醫師心中充滿感慨，這些曾經被醫院視為「搖錢樹」的醫師，曾幾何時因為健保制度而落得「裡外不是人」。

### (三) 限制病人住院天數及控制床位在 7-8 成

醫院為了因應總額制度，因而對病人的住院天數有所限制，一接受訪談的護理人員 (N010) 談到：「在總額制度實施後對於住院天數的限制有較嚴格的控制。」她並說到：「一些護理措施或是衛教需要在有限的時間內給予病人，也因此無法重複或是無法很詳細的給予病人說明，病人在此情況下對於護理人員給予的衛教，其接受度並不高，也有可能是病人的認知及其教育程度有關；而病人也覺得他的病情及傷口復原的情形是還不能出院，但是醫護人員就要他出院了，病人覺得無助，醫護人員也是沒有辦法，因為還有很多同樣的疾病的病人等著要進來住院。」

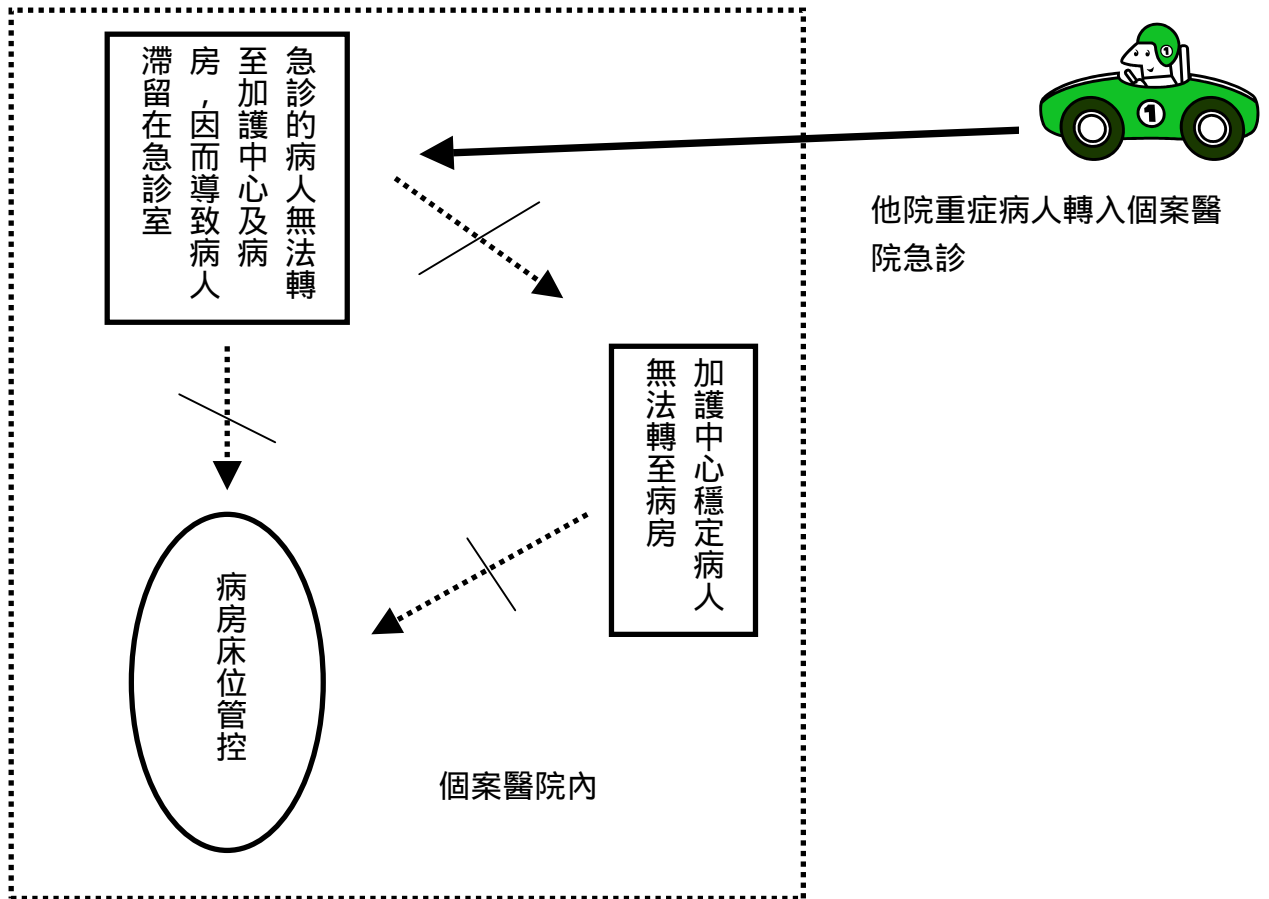
#### 急診室人滿為患

由於普通病房的床位控制在 7-8 成，雖然有床位，但是醫院的政策是寧願讓它空著 (N008)，所以，加護中心中病情穩定的病人無法轉出到普通病房，因而，急診的重症病人也就無法住進加護中心或是進入普通病房，又加上他院轉來的病人，導致急診人滿為患，就連走道上及通往廁所的通道上也擺滿了病人。

有一護理長 (N007) 被訪問道：「總額制度下，有些醫院的額度作滿了，就把病人轉到本院來，因為他們不願意花成本照顧病人，所以病人就從急診進來，我們是公立的醫學中心，我們不會拒絕病人，也不能拒絕，所以急診每天就像菜市場一樣，而且醫院的床位也有限，滯留在急診的病人無法轉到病房或是加護病房 (因為床滿了)，但是急診卻不能說床滿了，所以非收病人不可，每位急診的護理人員要照顧太多的病人 (一個小姐照顧 25 個病人，夜班還會多到照顧 30 個)，醫療品質堪慮，我每天都在祈禱，我們的護士小姐，我們的病人平安，每個地方都有收病人的上限，但是急診卻要一直收病人。」



圖表 4-3 急診室人滿為患



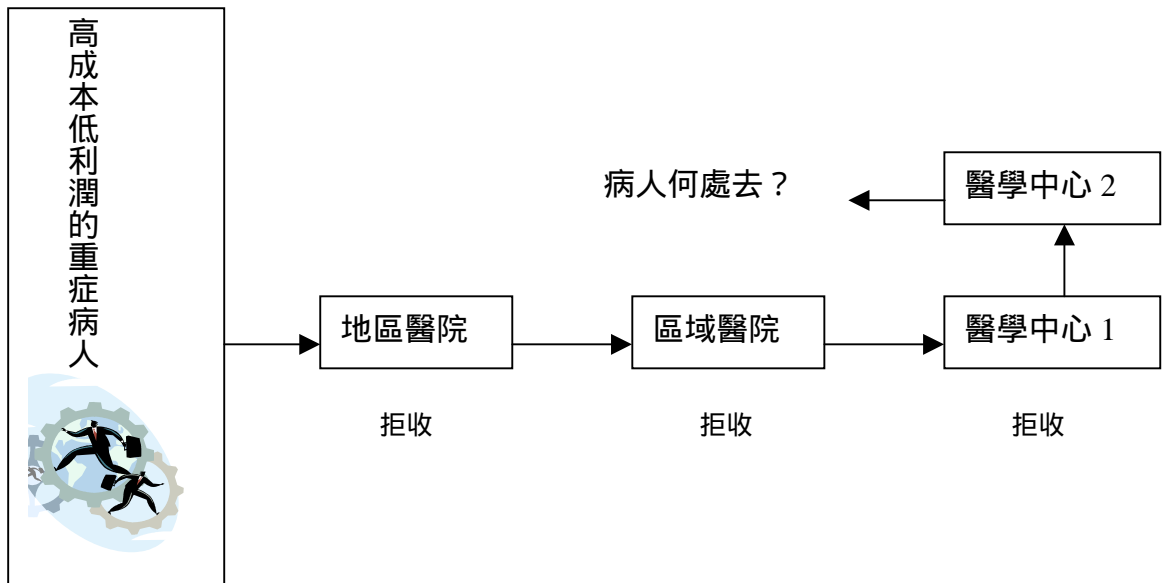
資料來源：本研究整理

### 病人成為人球

對於其他醫院將不會賺到錢的病人轉到個案醫院醫治，以下的受訪醫護人員提出其看法。

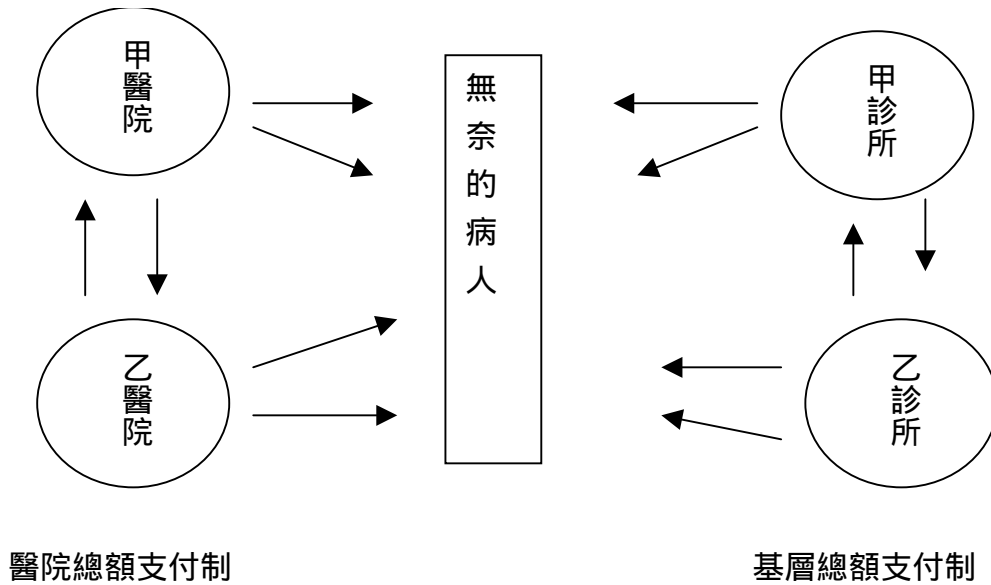
- 很多的小醫院不接收重症的病人，因為會讓其虧損，因而往大醫院轉送，所以更是造成大醫院的負擔，以公立醫學中心而言，是不得不收這些別的醫院不要的重症病人 (N005)。
- A 醫院同樣是醫學中心，卻把病人轉到本院，若是地區醫院，區域醫院轉醫學中心還很合理，但是醫學中心轉病人來本院實在說不過去，同樣是醫學中心，他們只選他們想要看的病人，而且只要稍微麻煩的病人，也不想醫治，因為，說不定治療了後還會引起醫療糾紛，所以就會將病人丟到我們醫院，而且轉病人來也沒有開出轉診單 (N007)。
- 其他的醫學中心把不能賺錢的病人轉到本院來，基於本院的文化，我們是不會拒絕病人的 (D010)。

圖表 4-4 病人成為人球



資料來源：本研究整理

圖表 4-5 醫療可近性？重症人球？



資料來源：本研究整理

#### (四) 將門診病人疏散到合作的區域醫院

##### 醫師趕場病人跟著跑

有位醫師訪談時談到 (D004):「醫院以限制門診的掛號及關診來因應總額制度，掛不到號的病人則請病人至與醫院有合作的區域醫院、地區醫院看病，這些醫院有本院的醫師駐診。而病人以往所拿的進口藥也因為總額的實施，已經無法在本院拿到藥了，也會請病人至駐診的醫院去拿藥。病人在本院看不到自己的醫生，又要再花時間到其他醫院去看病，很多病人都很生氣。」

而在總額實施期間有另一位被指派到策略聯盟醫院的醫師 (D005) 指出：「為了因應總額制度，醫師派駐到聯盟醫院去駐診，讓病人能夠在其他醫院可以看到本院的醫生，但是一方面是否也代表醫學中心去吃到策略聯盟醫院的餅 (區域醫院或地區醫院的總額)，若是這樣的話是以利益為著眼點，並不是為病人考量。」

而一位護理長 (N009) 也針對將病人疏散到合作的醫院提出看法：「本院實施自主管理時，由於沒有宣導，說做就做，因為門診限號，導致病人掛不到號，我們 (醫護人員) 只好請病人到其他的醫療院所就醫，病人無法接受，也起了衝突」

因為掛不到號，所以個案醫院為疏散看病人潮，只得派出各科重量級的醫師，以「建

教合作」名義分別支援其他區域或地區醫院的門診。隨著醫師的外移，病人也跟著漂流，聯盟的地區、區域醫院為了服務病人，還在醫學中心設置櫃臺，提供專人解說、掛號並有專車接送至該院就醫。

## （五）醫療資材成本管控

### 請領醫療資材病房績效評比

各單位所使用的醫療資材，例如，包紮傷口後所使用的 3M 膠布（透氣膠布）、靜脈軟針、棉花、棉棒、紗布等，在每一星期均會固定向供應中心請領，醫院為了開源節流，減少浪費，因而在醫療資材的管控作法是對於各病房在請領的績效評比，若是耗材用的多的病房，則績效的評比差，當超出請領的範圍時，該單位的護理長必需填寫再次請領的理由。

### 請病人自備醫療資材

當健保局給付一種疾病的費用時，會將內含醫療資材成本也一併計算在內，因此，醫院的會計部門也精算出耗材使用的範圍量，當使用超量時就無法領到健保局的給付，也就是醫院成本的支出。一位腫瘤科病房的護理人員（N010），也為此詳加說明：「若一個病人一天使用 7 條抽痰的管子，那麼還是在健保給付的範圍內，若此病人使用第 8 條管子時，那麼，就已經開始在消耗醫院的成本了，因此，我們會告訴病人：如果可以的話，是否買一些抽吸管子來準備著，但是也有家屬的反應是：我們是沒有能力買的，當病人不肯買時，醫院也只好虧錢。在總額實施前，我們是從來沒有叫病人買過抽吸管子。關於要跟病人講這些話（買醫療資材），為什麼是護理人員要對病人講，而不是醫院的管理階層或是…，心理會感到很矛盾的告訴病人去買棉花棒。」

另有一位頭等病房的護理長（N004）透露出：「我有聽說其他醫院的作法：像是，胸腔水下引流瓶、3M 膠布、靜脈軟針等都會叫病人自行到醫療器材行購買，醫院就不必付出這些耗材的成本，其實這些耗材的給付是內含在處置中，不能額外再叫病人去買，在本院無法這樣做，因為病人會去告健保局。打靜脈針後所貼的黏貼膠膜叫做「Tegaderm」在其他醫院的作法是，若病人要貼的話就要自己買，否則就是貼白色的布膠布，但是在本院所有的病人打完靜脈注射都是貼 Tegaderm。我認為在使用耗材時本來就應當該省則省，該用則用，但是現在使用時應當要特別的謹慎。」

### 耗材的管控未必能控制成本

一位小兒科的主治醫師（D001）認為：「沒有經驗的護理人員，在打靜脈注射時可比經驗豐富的護理人員多打好幾次，在耗材上增加成本（打針的耗材），所以，這樣的管控人力未必就能控制成本，最重要的是照護品質的降低，也很容易發生醫療糾紛，但是醫院並沒有想到那麼多，只是一味的能夠度過眼前的難關就好了。」

雖然健保局對於醫療資材的給付已經內含在疾病的處置中，但是相同的疾病對於不同的病人卻有不同的需求，例如，同樣是患有青光眼的A、B病人，A病人不需要散大瞳孔，而B病人則需要，那麼散大瞳孔需要每三十分鐘點一次散瞳劑，因此，B病人相較於A病人使用為多的棉花棒。再如，相同患有肺部疾病的C、D病人，C病人的痰很少，所需要抽吸管子就相對減少，但是D病人卻是需要每三十分鐘，甚至十五分鐘就執行抽痰一次，因而相同的疾病，因為病人的情況不同，也會有不同需求的醫療資材使用，當護理人員面對病人的需求時，既要執行正確的護理技術，但是同時又要對於耗材使用上的節省，又要對於無力購買耗材的病人，或是故意不買的病人加以解釋及排解，不僅增加護理人員工作上的困擾，並且也造成心理上的矛盾。

## （六）人力管控

總額預算的趨勢下使得醫院間的競爭更為劇烈，醫院如何能降低成本、增加績效是提高生存的不二法門，所以如何在人力成本的降低，同時，醫事人員又具備足夠的知識與能力來應付病人醫療上的需求。

### 契約人力是醫院因應總額制度的最愛

因為醫院人力成本佔醫院總支出成本的40-45%，所以醫院為了因應健保總額制度的實施，為要節制支出，最先想到的當然就是從人力成本的管控開始下手，於是醫院高層就使出了殺手鐮，也就是晉用契約人力取代原來所晉用的正式人員，而契約人力中又可分為全職及部份工時兩種，其中，更是以契約護理人力廣泛使用在門診、病房、開刀房，此外，像是契約醫師、契約醫檢師、契約藥師等也都已經晉用。針對醫院晉用契約護理人力，以下為被訪談的醫護人員提出看法。

### 強制性放假

當在床位縮減時，護理人力就要及時放掉（排休假，不能依原來護理人力上班），護理人員對於強制性的放假而感到不高興（N008）。

### 刪減護理人力

- 總額制度的實施在成本上的考量多於照護病人，在成本上的考量尤其以護理人力的刪減為多，所以晉用契約護理人力，因為她們的薪水少，她們感到同工不同酬（甲），而且壓力又比其他醫院大。所以這些契約護理人員的離職率高（20%-30%的流動率），其實另一成本的花費是醫院管理所沒有注意到的，那就是訓練成本，因為不斷培訓的成本及影響病人照護安全上的品質，醫院高層並沒有考量。醫院在營運上要控制成本首先考慮的就是減少護理人力，因而overtime（延遲下班）的情形很嚴重，加護中心護理合理人力為2.5人/1床，目前人力為1.8人/1床，普通病房為0.45人/1床（合理人力為0.75人/1床）（N008）。

- 護理人員也被告知，人力是無法馬上解決的，是一種長期的抗戰，所以大家都認了，護理人員是很認命的，所以大家都延遲下班每天至少 45 分鐘，大家都在當義工 (N008)。

## 延遲下班

普通病房一個護理人員要照護 8-10 個病人，我們也常常延遲下班，大約 30 分鐘至 1 小時 (戊)，對於資歷淺的護理人員，延遲下班的情況更是嚴重，因為她們 (指契約護理人員) 的動作較慢，白班常要到晚上 7、8 點才下班 (正常為 5 點 30 分下班)，小夜班要到凌晨 2、3 點才下班 (正常為凌晨 12 點下班)，大夜班要到上午 10 點才下班 (正常為上午 8 點下班)，現在也沒有小組研習及讀書會了 (N010)。

## 護理品質堪慮

為了控制成本大量晉用契約護士 (又老人漸漸的退休)，但是她們執行的護理行為其實品質是不好的，又她們的薪水少 (乙)，所以她們很喜歡包小夜班，因為有夜班費 (小夜班上班時間為凌晨 12 點至隔天早上 8 點)，但是在夜裡就會安排一位資深的小組長上夜班，這位小組長除了要 cover 契約護士，還要兼作行政工作 (因為夜班沒有書記)，所以雖然額內的護理人員有較高的薪水，但是卻要兼負起很大的工作負擔，一個新進人員需要 6 個月至 1 年才能有處理任何的狀況。契約護士的薪水與其他醫院的薪水差不多，但是工作量在本院較其他醫院為重 (錢少事多)，而且工作品質被要求的很多 (丁)，加上她們的抗壓性低，而且他們在實習時就受到很多的保護，所以她們的離職率很高，其實為她們所做的教育訓練的成本是醫院所沒有考量的 (隱藏的成本)，或是引起糾紛的成本，醫院說：「請一個額內護士可以請二個半的契約護士」，但是額內護士需要扛起帶領新人的責任。希望醫院的管理者能夠考慮到這個層面 (N010)。

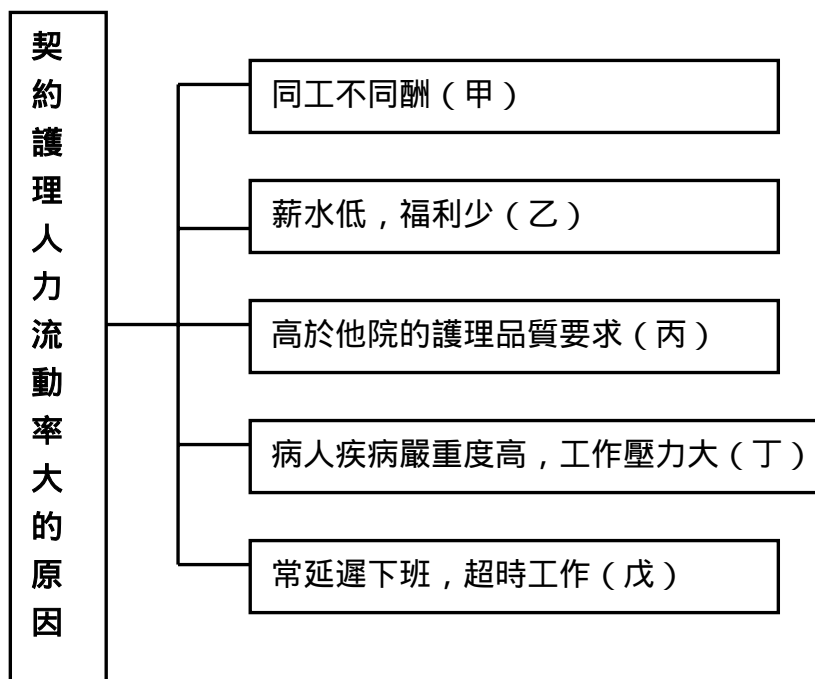
## 同工不同酬

現在的護理人員很年輕而且又是契約人員，他們的薪水很少，要成為正式的公職護理人員的機會也很少。在同一個病房工作，做的事情一樣，可是他們領的薪水是較少的，而且本院的忙碌重擔高於其它醫院，而且在本院的薪水還少於其它醫院薪水約 5-6 千元。因此，契約護理人員的流動率很大，一個病房的契約護理人員 (12 個) 約佔總護理人員 (30 個) 的 1/3 以上，一個年資深的護理人員常要帶領年資淺的契約護士 (而且是常常流動)，因而感到無力感。契約護士多、流動率大 (最長的年資為兩年，已經打算要走了)，因而造成護理的品質差，因為她們的工作熟練度不夠，常會漏東漏西，病歷書寫也不夠完整，很容易造成疏失，所以年資深的護理人員常需要盯她們，能夠扛的也就盡量扛下來 (N002)。

## 契約護理人員薪水少

- 一位小兒科的主治醫師 (D001) 語重心長的說到：「醫院為了因應總額的實施，因而要開源節流，控制成本的升高，所以大力的管控人力成本，使用約聘護士。又每個護理人員的照顧病人數增加，雖然醫院是說和其他醫院護理人員數一樣，但是本院的病人疾病嚴重度高於其他醫院 (丙)。約聘護士的薪水也不高，所以流動率很大，她們常常在我們這裡受訓後就跑到別家醫院，不僅增加了我們的訓練成本，也影響了照護品質，因為兒科的病人 (加護中心、病嬰室等) 沒有家屬的照顧，需要很有經驗的護理人員的觀察，而且醫生也是從護理人員的觀察中得到治療的依據。」
- 一加護中心的護理長 (N008) 在訪談中提到，總額制度的實施使得醫院在成本上的考量多於照護病人，在成本上的考量尤其以護理人力的刪減及晉用契約護理人員為多，而契約護理人員的薪水少，而且工作壓力又比其他醫院來得大，所以契約護理人員大約有 20-30% 的流動率。

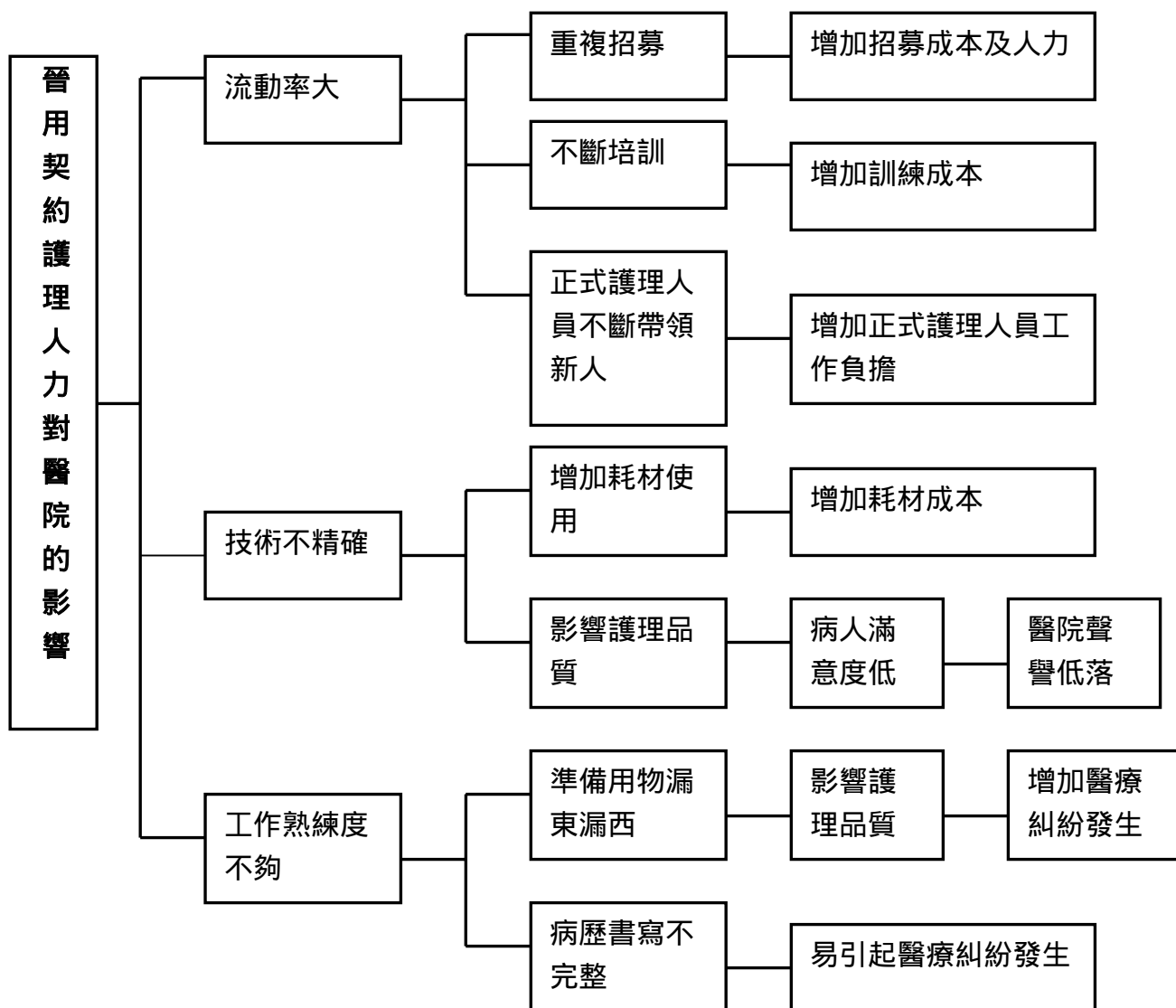
圖表 4-6：契約護理人力流動率大的原因



資料來源：本研究整理

因為契約人員無論是在薪水、退休金、績效獎金等福利都比正式人員為少，但是卻要承受與正式人員相同的工作壓力及負擔，在同工不同酬的情況下，因而造成契約人力大量的流動率。此種情況尤以護理人力為最，因為在醫療團隊中以護理人員所佔的人數為多，又護理人力中以服務於普通病房的契約護理人員有更大的流動率。

圖表 4-7: 晉用契約護理人力對醫院的影響



資料來源：本研究整理

由於，契約護理人力的流動率大，在普通病房裡的契約護理人員通常於半年至一年就會提出辭呈，有超過一年的年資更是在少數，還有的在晉用後幾個月就離職的也大有



人在，造成相關單位重複地招募及舉辦新進人員的訓練，不斷培訓的無形成本。醫院是否將其計算在成本之內？或只是一味地看重報表上所付出薪資數的減少，又普通病房內也需要對新進的契約護理人力做在職訓練，並且同一單位內年資深的正式護理人員必須身兼帶領新進人員的責任，又要完成原本就已經很沈重的工作負擔，造成年資深的正式護理人員承受雙重的壓力，因而感到疲憊及無力感。

契約人力在普通病房大量的使用及流動率，是否影響醫療品質及病人的安全才是要真正思考的重點，她們的工作熟練度據訪談者的敘述中可以得知，是不夠熟練的，而且在病歷的書寫上也較不完整。又年資深的正式護理人員不停地帶領新進人員，是否也會影響她們原有的工作效率及護理品質？在這樣的人力管控下，醫院真的省錢了嗎？或是還需付出額外的支出？例如，前述的招募及訓練成本，再如，同樣是執行靜脈注射的技術，或許原本只要打一次針就能打上，由於資淺的新進人員可能要多打了兩次，甚至三次，那麼，醫療資材是否又多浪費了呢？大量的新進人員，其工作的熟練度及正確度是否影響了護理品質？又是否造成醫療糾紛發生的增加？

### （七）減薪、員工績效獎金及福利減少

減薪是醫院減少支出最直接的作法，但是對於第一線員工是很不公平的，因為照護病人的負擔增加，薪水卻減少，績效獎金及福利也減少，以上的敘述是來自於護理部的一位護理督導長（N001）。

醫院高層也告訴員工：「六月份的薪水如果有減少，就是醫院要再繳錢給健保局，因為健保局要追討回去，而扣大家的薪水。」從這一段話可以得知，員工薪資的多少不是來自於自己努力的結果，而是要看醫院營運的情形，而醫院的營運則要視健保局所訂下的點值而定（N004）。

自 91 年起實施的健保總額支付制度，係將每年醫療成長預作預算，並控制為 4%，分配後不管病人人數，給付給醫院的金額是一樣的，且健保局先依特定點值，暫付醫院醫療費用，待實際結算後再多退少補。若因實際點值較低，那麼健保局可能還得向醫院追討費用，又 92 年的點值在今（94）年遲遲未結算；試問，有那個產業會訂下如此的協商，今年接下訂單之後做好產品，而在後年才會知道收入是多少，而且給付只會少不會多。

#### 每個月薪水直直落

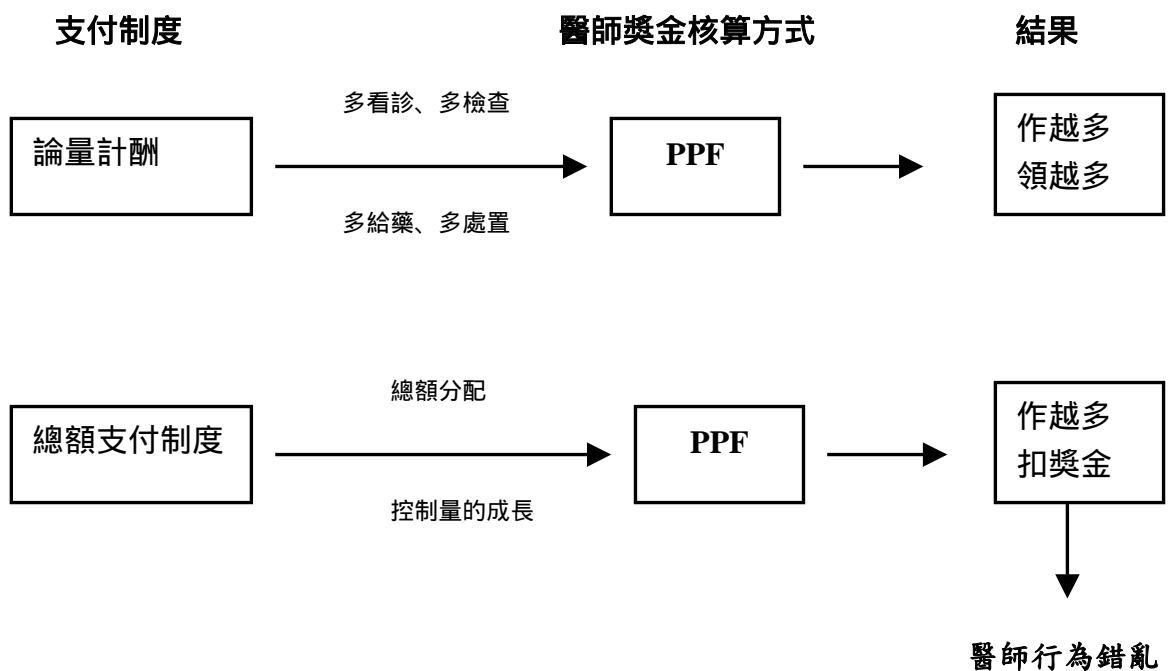
有位護理長（N004）說：醫院高層一直在告訴我們，醫院處在虧錢的狀況，因此員工具有面臨總額的危機意識，而且也擔心醫院成本的浪費是否影響了薪水，又當醫院沒賺錢時，也減少了績效獎金。在訪談中也得知（N008），醫師的薪水每個月被扣 2-3 萬元，醫師也反應說：「努力看病的醫師，反倒是以此種方來處罰（扣薪水）」。

## 總額制度 vs. 指定醫師費制度

也有兩位醫師分別提出，實施總額制度及醫院經營策略與醫生的「指定醫師費制度」（PPF）互為矛盾，指定醫師費制度在醫院通稱為「醫師績效獎金制度」。由於總額的實施，醫院有限制的看病人，但是醫生的獎金制度還是依照以前的方式，因此醫生與醫院的經營策略互有矛盾。也就是醫生如果配合醫院的經營將病人的量減少，則會影響薪資，所以醫生並不很願意配合醫院，較會依照自己的作法，而且限診的結果讓病人掛不到號，病人量減少，醫生的薪資減少，而病人又看不到病，病人和醫生都反彈。醫院因為病人減少而會賺到錢，但是醫生卻因為病人減少而薪資減少，兩者產生矛盾（D003）。

另一位醫師（D008）則是說到：「現在醫生的薪水仍以以前的方式論量計酬的方式計薪。健保局與醫院之間為總額給付，而醫院與醫師之間為論量計酬計薪，因而造成醫生的行為錯亂。」

圖表 4-8：總額支付制度與指定醫師費



資料來源：本研究整理

指定醫師費（private physician fee 簡稱 PPF）制度的起源，乃是國內醫務管理界的先驅張錦文教授所引進並加以修正，用意為醫師收取指定醫師費獲得較合理的專業

報酬，自然就願意奉獻更多的心力為病人治病。而且門診指定醫師看病，醫病之間關係較佳，醫師對病患也較為仔細親切，因此許多的病患願意多付一些費用接受指定醫師的服務，自然抒解了部份同酬不同工的問題，也減少許多由不正常管道收入的期待，讓醫師可以更有尊嚴的工作。

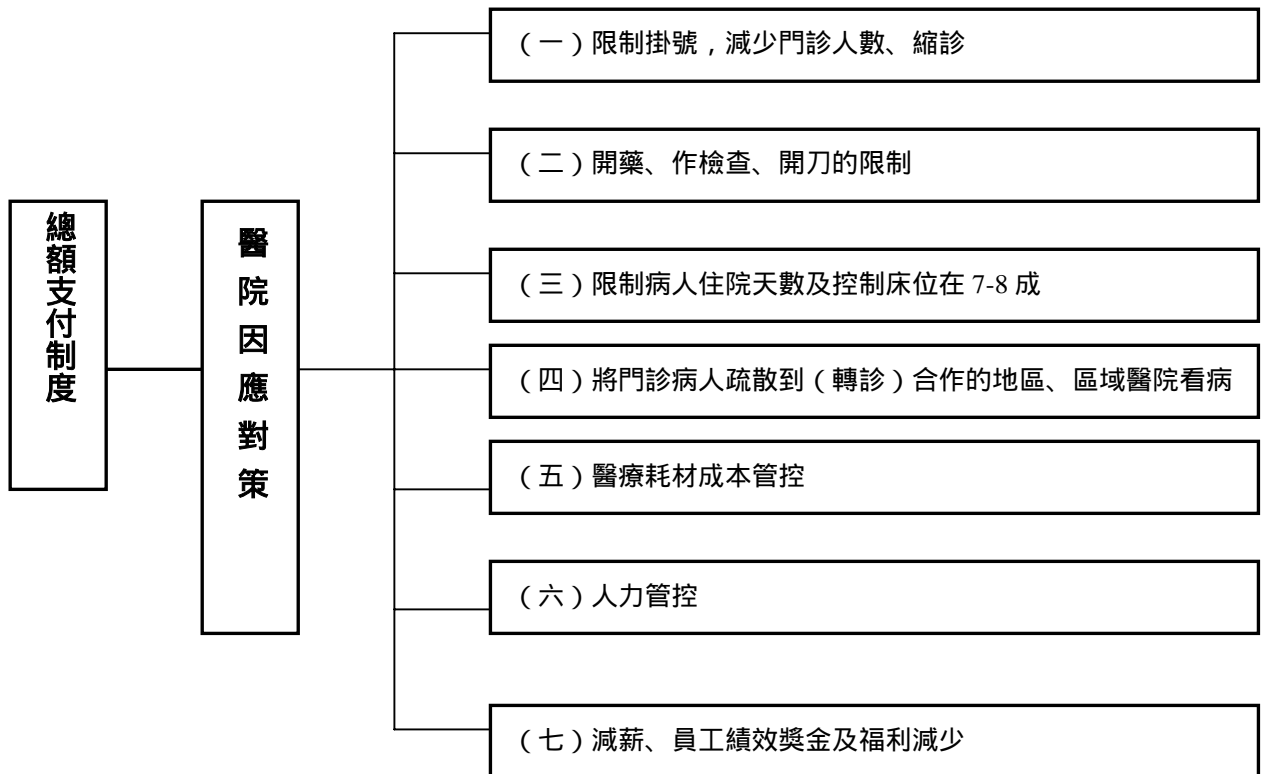
醫師這行業已不再是不受景氣影響，人人稱羨的「金飯碗」，由於總額支付制度的施行，醫院為了控制成本，大型醫院興起了這股減薪寒潮，平均減薪幅度都在20%-30%，縮水項目多為依績效核發的獎勵金或績效獎金，底薪則未受影響。除了醫師收入銳減之外，醫院為了節省人力，主治醫師遇缺不補，甚至連住院醫師也不足，有些主治醫師查房、換藥都要自己來，每天都筋疲力盡的工作，因而部份醫師求去的現象陸續浮現，有的則是自行開業開創第二春，有的則是申請退休，每個月可領十萬元左右月退休，再到私立醫院任職，每月收入比原先高出許多。

## 小結

醫療成本的控制，固為必須，但亦當保證醫療品質的水準，使全體民眾都能得到最適切的醫療服務，以提高全民健康水準。醫療品質與醫療成本之間的平衡點甚是難以建立，見仁見智，由於缺乏科學根據，容易造成不時的爭執，其解決當以病人的健康為最後的決策根據（黃達夫，1999）。

又實施總額預算制度後，醫療機構為了生存，往往以「成本考量」為服務導向，以「盈餘」甚至「賺錢目的」為規範，此一功利主義的醫療服務導向，可想而知是為了維持預算的盈虧平衡。有時醫療服務之是否提供，其決定並非醫師之醫學知識來判斷，而是以保險機構之成本規定及醫院營運之考量，如此，是否影響了醫療品質及病人就醫的保障？是值得大家深思。

圖表 4-9 醫院因應總額支付制度所採取的內部管控



資料來源：本研究整理

### 全民健保與就醫行為

全民健保的實施增加一般人症狀一發生立刻就醫的傾向，而且是「一直在換醫生」，甚至認為「藥開得越多越是好醫生」、「細心的看病診斷，但如果沒有開藥打針，就不算看病」、「健保的藥吃不到一兩次就丟到垃圾桶」、「動不動就要求打針」的態度，不知浪費了多少醫療的人力、物力的資源，因而增加了醫療需求，更增長了醫療費用，這是由於不必為了考慮就醫而付不起醫療費用的緣故。也因此造就了台灣特有的就醫文化——「逛醫院 (hospital shopping)」。

國人的「一個病看三個醫生」的濫用醫療資源，絕對不是當今美國醫界所推動的「第二意見」(second opinions)。我們的病人在看第二、第三，甚至第四位醫生時，本來看他的醫生並未被告知，所以兩位醫生也無從有會商的機會，更談不上分享過去已做過的檢查結果，以致我們的「第二意見」的醫生也就像第一位看他的醫生一樣，一切都從頭開始，而做了許多同樣的檢查，開了同樣性質的藥，等到病人或家屬失去耐心或信心時，又是依樣畫葫蘆，再找一位新的「名醫」，而又從頭開始。結果最大的輸家往往是

這些可憐無知的病人，在四處求醫的折騰中，濫用了多少社會資源，也延誤了治病的時機，而最後才發覺病情日益加重，甚者回天乏術（賴其萬，2003）。如此逛醫院的就醫行為，也讓醫師有很不好的感受。

- 有位訪談醫師（D001）說：我是贊成病人能夠尋求 second opinions ，但是病人在看病時應該誠實的說出曾經看了哪些醫院、作了哪些檢查，及結果如何，而不是看病像是 shopping（戊），在每家醫院重複作檢查，檢查結果一出來，才說：「在某家醫院作的結果也是這樣。」病人想要知道不同的醫院、醫生，是否有相同的診斷，但是這樣的就醫行為讓醫生有「被考」的感覺。
- 有一護理人員（N002）也陳述病人的就醫行為：「現在病人把醫療當成消費行為，要求高而且服務態度要好，並且服務要快速，就像是買賣東西。」

下列訪談的醫護人員表述出，在總額支付制度下，針對健保局的角色，民眾的就醫行為與醫療資源的使用及醫病關係等，在健保局、醫院及病人間的三角關係提出看法。

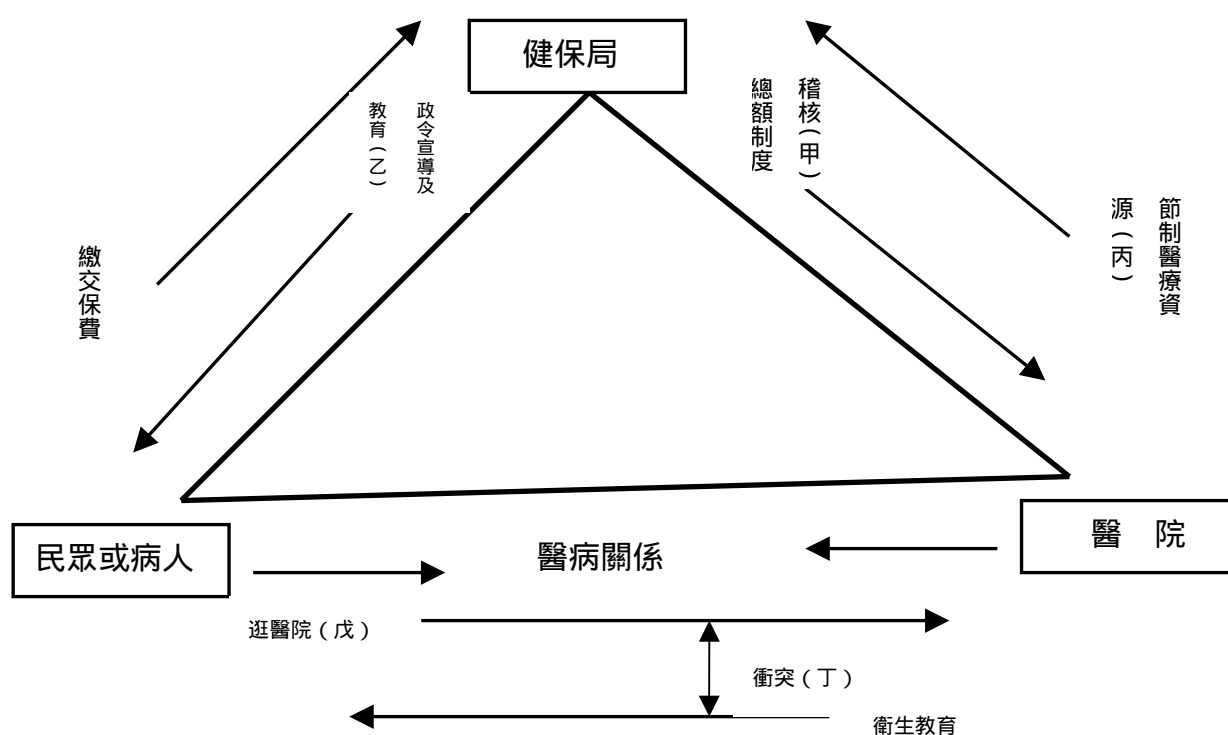
### （一）健保局置身事外，並無對民眾作宣導

- 1、健保局並無對民眾宣導，而是醫院對民眾教育，但是由於病人的就醫文化及就醫習慣難改變，造成病人與醫院間的衝突（丁）。健保局卻置身事外，並未處理醫院與病人間的衝突（N001）。
- 2、健保局總是當好人，壞人總是醫院來當，而且健保局也要負起教育民眾的責任，要醫院實施總額，但是民眾就醫時並不瞭解醫院因為政策的改變而在掛號上、開藥上有所改變（D001）。
- 3、健保局無告訴大家總額實施的程度，因此大家對這件事情的看法落差太大，也就是醫院認為要有限度的給予病人，而病人仍以以前的消費行為來就醫，因此兩者的落差明顯，制度制訂者應該要告訴病人，保險的給付到達什麼程度，並非什麼都可以保（D002）。
- 4、總額制度實施後，由於民眾不瞭解，以為住院可以住很久，病人以為雖然疾病穩定了，但是因為有健保給付，所以病人都想要多住院幾天（N003）。
- 5、健保局給民眾的資訊不正確，因為並不是醫院限制掛號，不開檢查。這些的限制民眾認為是醫院的規定，而不是健保局所為。例如，當我們對病人說：「這個藥健保不給付。」病人就打電話到健保局投訴，但是，健保局卻對病人說：「沒有啊，什麼藥都可以開。」健保局不能把所有的事情都推給醫院。病人的意識抬頭，很多的訊息可以從網路上得知，其實健保局可以將相關資訊放在網路上，例如，什麼情況可以放支架，為什麼支架要自付。報章雜誌上有很多的醫藥新聞並非是醫生所寫，可能是記者的片面資訊，很多的病人會拿報紙來問：「報紙說可以作支架，為什麼你們

不能作。」病人因此會要求醫院要配合 (N005)。

- 6、在總額制度下最大的贏家是健保局，因為他們只賺不賠，民眾也沒有被教育大病看大醫院、小病看小醫院，所以病人到處 hospital shopping (N007)。
- 7、病人的看病行為沒有改變的話，資源就會被浪費（例如，到處逛醫院）。因此，病人需要被教育，其中來自於醫生對病人的教育，但是健保局在實施總額制度時也應該要告訴社會大眾如何看病 (D008)。
- 8、民眾沒有「使用者付費」的認知，因為民眾沒有被教育 (N009)。
- 9、要讓病人知道有些檢查是不必要的，那麼這個醫生是要花些精神與時間來為病人說明，在這當中其實也是教育病人的機會，但是也不能只推給醫生，因為健保局或是衛生署也有教育民眾的責任 (乙) (D010)。

圖表 4-10： 健保局、醫院、病人的責任及角色



資料來源：本研究整理

## (二) 總額支付制度的出發點是好的，可以減少醫療資源的浪費

在訪談中有 5 位醫師及 1 位護理人員說到，總額支付制度可以節制醫療資源的浪費。

- 1、總額支付制度的出發點是好的，因為在有限資源下去運用不造成浪費，但是實際上民眾就醫習慣不改變，資源分配不均、健保局無稽核制度（甲）（做得好的醫院卻被減少給付）等，都讓此支付制度更加的混亂及造成更多的不滿（N001）。
- 2、總額的概念及構想是可以減少醫療資源的浪費，以前真的是太浪費了，提醒醫生節制無謂的醫療處置及製造無謂的醫療需求（D001）。
- 3、並非病人要什麼，醫師就要給什麼，醫療與商業行為是有差別的，而是應該給病人有正確的就醫認知。雖然病人與醫生會有磨擦，但是不見得磨擦就是不對（D002）。
- 4、總額支付制度大原則的精神是可以的，目的在節省醫療的花費，減少無謂的浪費；理論是可行的，但是在原來給付的不公並沒有解決的情況下就進入這個制度（D007）。
- 5、若能引導醫生能夠瞭解在資源是有限的情況下照護病人，並能適當的引導病人接受合理的治療，該用的藥去用，反而可以照護更多的病人，但是品質是不變的。所以在總額制度之下，醫生必需要體認到在資源有限的情況下幫助病人，給予治療上最好的計畫，因此，可以節省資源的浪費（丙），對於病人而言，在醫生充分的照護之下並不因為受到限制或沒有被保險照護到（D008）。
- 6、如果病人想要從有限制的資源獲得無限制的取得，醫生也認為資源是無限制的，也就大方的使用在每一個病人上，不經過專業的考量。這時所導致的衝突就會轉嫁給健保局，如果醫生已經體認到資源有限的情況，運用其專業，醫生為了約束病人的無限取得，病人若不配合，這時病人與醫生之間就會產生衝突（D008）。
- 7、現在有很多醫療是浪費在重複的醫療，是醫生所創造出來的需求，那是不必要的醫療。好的醫生會在這總額的遊戲規則下，讓病人得到最多的福利，而比較看重金錢的醫生，也會在此制度下想辦法拿到最多的錢。所以，制度不是問題，但是必需讓病人知道資源是有限的（D010）。

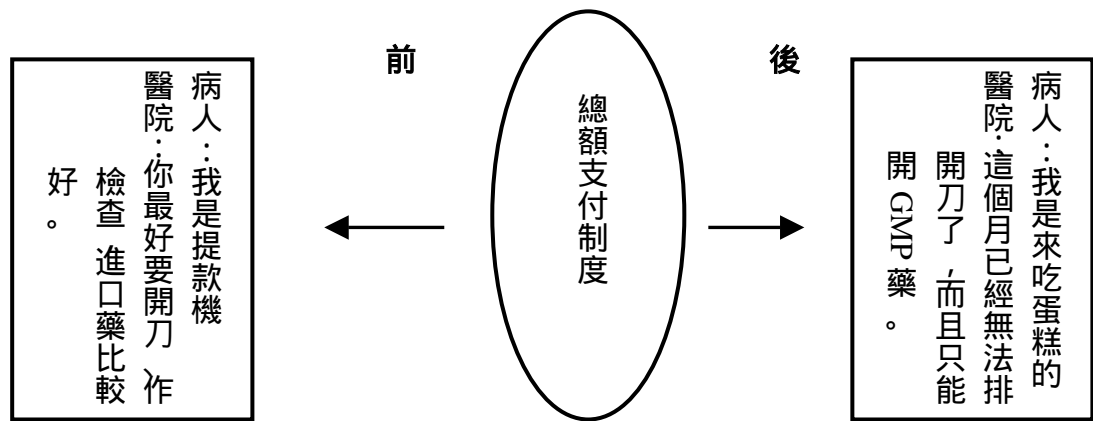
要讓病人知道資源是有限的，是誰的責任，是醫院？是醫生？是健保局的責任？如果民眾的就醫行為及求醫態度如同到 7-11 的超商購物一樣，以「方便」為首要考量，而且還要像逛百貨公司一樣的「貨比三家」，那麼，我們又如何能使醫療人員發揮愛心重視品質呢？目前台灣還是不乏一些有愛心、有良心的醫師，而不是每個醫生都屈服於總額制度下醫院管理。

### 總額之前病人是提款機，總額之後病人是來分食大餅

有位婦產科醫師（D010）提出總額支付制度並不會影響醫師和病人之間的關係，這

位醫師說：「總額實施之前是論量計酬，病人的功能是提款機，因為，病人不想作的檢查、開的刀，醫生會要病人作。總額之後，病人的角色是來吃蛋糕的，因為醫院的總額（蛋糕）就是這麼一塊，病人一來，醫院就少了一小塊，這一塊蛋糕一直是病人所吃的蛋糕，醫院這時認為病人最好都不要吃到，醫院才能都留下一些。因此，在總額之前沒有把病人當成提款機的醫生，在總額之後雖然有所限制，但是對於這些醫生並沒有改變，因為這些醫生本來就不會製造無謂的需求。會留在這家醫院的醫生不是不喜歡錢，而是習慣沒有錢，想要賺錢的醫生早就走了，不會留在這裡，因為留下來的醫生本來就不會製造無謂的需求。」

圖表 4-11： 總額支付制度前後病人的角色



資料來源：本研究整理

### 總額支付制度不影響和病人的關係

「由於限制門診，病人不會對醫生抱怨，但病人會對制度及醫院抱怨，對於病人掛不到號，我們也很同情病人，其實病人和我們站在同一陣線上；在婦產科門診的病人不因總額的關係而有不和諧的情形發生。我以病人為中心，我最先想到的是病人，再是為醫院的營運，雖然制度的改變，但是我的原則能不改變，所以應該不會有問題 (D010)。」

也有位部主任 (D007) 更是有信心的說到：「我和我的病人長久建立信任的關係，我不覺得因為總額制度對我有些懷疑，雖然醫院有限制門診，但是病人仍對我信任。」

### 小結



這些年來，醫療政策決策單位與醫界，醫院管階層與醫師，醫師與病人之間已形成長期對立與抗爭，溝通不良，誤解日甚，因而無法達成共識，去協力尋求雙贏的解決之道。在這種不和諧、不健康的關係中，最大的輸家是病人，國內的醫療生態已經嚴重的扭曲，醫療院所為了能有更好的營運績效，而使得科別的發展不均衡，發展自費項目較多的科別，例如，皮膚科、整型外科；各醫院的管理普遍明顯的營利化及世俗化，醫師診療時間愈加短促、過程草率，民眾就醫無保障，醫療品質日漸低落。

然而健保局文宣卻不斷的給予全民享有「俗擱大碗」的醫療假象，並一再地藉著民意調查的結果去呈現健保制度享有舉世無匹的滿意度而自豪。也由於這般的假象，讓民眾誤以為全民健保是取之不盡用之不竭的錯誤觀念，病人總以為三分鐘的看診，縱使沒病也要拿個藥來保身，並且認為藥物拿得越多就是越有品質的醫療。

全民健保開辦至今的經驗事實顯示，健保實施之後的台灣人民竟然成為全世界「最會生病」、「最愛看病」的民族，就醫可近性提高，造成民眾過度使用醫療服務，某位民眾甚至創下全年看病次數 1043 次的世界紀錄，目前平均每人每年看診次數高達 15.3 次（楊志良，2005），似乎印證了不少民眾認為既然繳了健保費，不看病白不看，上醫院就像走灶腳，拿了藥也不服用。健保局的調查顯示，每 20 人就有 1 人是拿了藥不吃半顆就整包丟掉，另有民眾以慢性病的連續處方箋領取 3 個月的藥品，拿到中國當成禮品致贈親友，又有僑民專程返台進行全身健康檢查，類似的荒謬事例不勝枚舉，顯示台灣的健保制度「福利」太好，好到民眾不知愛惜醫療資源。

這種表象與現實所施行的總額支付制度，節制醫療資源的精神互為矛盾；另一方面醫療政策決策單位要求醫療院所節制資源的使用，而施行總額支付制度，各醫院為了因應政策的施行及平衡盈虧，所進行院內各項成本的管控措施，也因而產生醫病之間的不和諧。但是，政策制訂者卻置身事外，有如一切與他無關似的，也因而醫療院所與健保局的關係猶如敵對，卻一點也不像健保局所宣稱的「伙伴關係」。

## 二、面對目前健保所實施的總額支付制度，您看法如何？

受訪的二十位醫護人員，分別提出對於目前所實施的總額支付制度的看法如下。

### （一）實施總額支付制度必需要有配套措施

- 1、實施總額必需要有配套措施，而不是又要實施總額，又要醫院限制病人人數（D001）。
- 2、健保局下一指令後很快又會變動，或是只要病人有怨言就修改制度（朝令夕改），如此會讓大家沒有方向，醫院會無法適從（D002）。
- 3、總額基本上是節制醫療資源，但是配套措施作得太少，在此情況下，實施總額的責任就推給醫院與病人之間（推卸責任），若有轉診及病人使用資源的教育等配套措施，並且形成社會風氣，那麼大家都會有共同的認知（D008）。

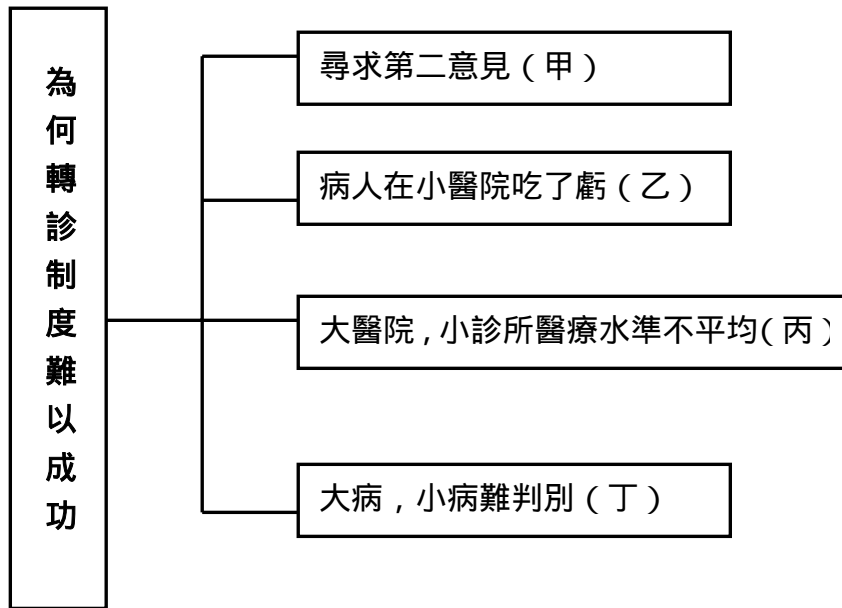
## （二）健保是有限度的保險

有位醫師（D002）說：「健保應該是有限度的保險，但是不能以總額來設限，而且健保局也沒有明確的說明如何分。」

## （三）為何醫療分級及轉診制度難以成功

- 1、當病人遇到生命的危機時常會尋求第二意見（甲），這是人之常情，很難限制病人就是要在哪家醫院看病。雖然小病要到小醫院看病，大病到大醫院看病，但是也有病人到小醫院吃了虧（乙），所以就會想要到大醫院看病，因此，醫療分級制是很難實施的（N011）。
- 2、建立家庭醫師制度，提升大醫院之重病給付，才能引導大醫院願意看重病病人。提升基層醫院、診所的醫療水準，否則病人不願就醫（D009）。
- 3、有一眼科醫師（D004）很激昂的說到：雖然說大病到大醫院，小病到小醫院，問題是，大病或小病由誰來判定，例如，咳嗽是大病或是小病，因為咳嗽有可能是感冒，也有可能是肺癌；一般的老百姓更是無法判別所患的疾病是大病還是小病（丁），轉診制度固然好，但是沒有配套措施。實施全民健保需要全民的水準都好高，醫療的水準也要很平均，才能實施成功，無論是區域醫院、地區醫院、開業醫（基層診所）的醫師都要曾經在醫學中心訓練得很成熟（醫療水準平均）（丙）。要瞭解的是，為什麼病人要大老遠的來到醫學中心看病，並且又要花很多的時間等看病，我們應該要面對問題，去檢討真正的原因，不能只問：「為什麼不到基層診所去看病？」

圖表 4-12：為何轉診制度難以成



資料來源：本研究整理

#### (四) 門診與住院比例的調整違背世界潮流

有一心臟內科的主治醫師 (D005) 指出：病人若能夠不要住院，或是能夠在門診治療的病人就應盡量不要住院，例如，作心導管檢查，在國外的情形是在門診做，現在經健保局的門住院比例 45：55 的調整。那麼，醫師在安排心導管檢查時，也就不會往門診來施行作為考量，而是醫生在向病人解釋作心導管時，就會加重疾病程度來為病人解釋，使病人接受能夠住院作心導管。這樣的情形下，其實醫療成本並不會減少，只是會為了配合制度來作，反而形成醫療浪費。

#### (五) 健保局的稽核制度

- 1、健保局不對丟病人的醫院作約束，處分，反而對規矩做事的醫院打壓 (N007)。
- 2、作得好的醫院卻減少給付 (N001)。

#### (六) 醫護人員的心聲

在總額制度下醫師無權限

有一醫師 (D005) 在訪談時說：「總額制度下醫生實在沒辦法決定什麼。」另有一位醫師 (D008) 也說：「以前論量計酬，醫生可以很大方的去使用這些資源而沒有任何約束，除了本身個人的專業，醫療的規範外，基本上沒有人可以挑戰醫生的決策；也就是醫生說了就算數，但是在總額制度之下，醫生必需面臨使用的資源是有限。」

### **總額制度破壞醫病關係及降低醫療品質**

- 在總額制度下會破壞醫病關係，且降低醫療品質，例如，該住院的病人不能住院，或是開刀延遲。一位主任語重心長的說了以上的話 (D009)。
- 更有一位護理人員 (N010) 說到：「我覺得目前醫院只是在不出事的情況下解決好病人的問題，已經談不上品質了。醫院沒有賺錢也無法生存更是談不上品質了，當然醫院先是以成本為考量。」

### **健保局一方面討好民眾，一方面實施總額制度限制額度**

有一婦產部主任 (D007) 指出：「健保局很詭詐，一方面實施總額制度，同時又開放很多新醫療的給付，例如增加好幾個抗癌藥物使用的適應症，乳癌的病人在此時也可以照 PET (正子攝影)。一方面討好病人，讓病人覺得健保可以給付那麼多，但是，醫院實施總額、限制額度，又讓醫師不敢使用這些措施，也就是告訴醫生，你應該給病人這些，但是又告訴醫生我給你的錢就是這麼多。又以前的給付不公平，在總額之後仍然是不公平，就像是皮膚科原本就好賺錢，現在也是好賺，所以二線科也就成為醫學生的最愛。」

### **醫院不認同病人也抱怨**

訪談中一位心臟內科的專科護理師 (N005) 說到：「很多醫院並不認同總額支付制度，而且病人也抱怨連連。」

### **小結**

在 2004 年 10 月 12 日，醫護人員曾發動遊行，而在 2005 年 4 月 21 日又有來自全省「白色巨塔」裡將近二萬名醫師選擇休診再度走上街頭，抗議現行的健保總額支付制度，要求「顧民眾、救健保、廢總額」。這些社會地位和經濟收入皆屬高階的醫護人員，竟也放下救人治病的天職，被迫走上街頭，如果不是「坐下協商」毫無效果，誰又願意「上街抗議」，乃是希望提醒醫療產業未來的規劃走向，政府有責任統合解決。

### 三、醫病關係和諧可以促進哪些成效？

#### (一) 病人方面

##### 病人願意配合、瞭解治療目的、疾病容易治癒

以下分別由 3 位醫師及 4 位護理人員提出相關看法：

- 1、病人及家屬瞭解醫護團隊的治療計畫，病人的配合度高，而且病人也知道疾病的癒後情況，避免造成日後的糾紛 (N001、D002)。
- 2、病人願意配合醫生的治療計畫，而且瞭解治療的目的，因而疾病容易治癒 (D001、D002)。
- 3、病人配合度好，醫病雙方關係和諧，醫師更樂意照顧病人，病人的治療往往有較好的結果 (D003)。
- 4、病人會配合治療，心情也較安定，也會對醫護人員較有信心 (N002)。
- 5、較可以接受醫護人員的意見，會信任，配合度也較高 (N005)。
- 6、病人若能瞭解健保給付，那麼就較會配合醫護人員的醫療處置，也就較不會產生衝突，沒有衝突也就能和諧 (N010)。

##### 對醫護人員充滿信心、信任感及安全感

- 1、一位醫師 (D004) 很有信心的說到：「會到醫學中心看病的病人有很多是慕名而來，或是介紹而來，或是在其他醫院有解決不了的問題而來看病，所以病人對醫師就已經充滿信心若病人充滿信心則本身的意志力。求生慾望，心理層面也會獲得有形與無形的幫助，而且對整個治療計畫都有幫忙。」
- 2、醫護間溝通好，對於疾病控制的穩定度很有幫助，病人會信任醫師，可以得到該得到的治療，可以不必接受不需要的醫療 (D005)。
- 3、有 5 位護理人員分別指出醫病關係和諧可以使病人對醫護人員充滿信心及信任。
  - 信任醫護人員，病人也肯合作，對於治療的成效可以增加，在病人出院後也較有幫助，如此以後再度入院的機率也會降低；若關係不好，護理人員說的話，病人都會不想聽 (N003)。
  - 關係好的話，若沒有一針打上血管，病人也會說：「沒有關係」，若病人討厭某

位護士，縱使那位護士技術再好，病人也不願意讓她打針（N005）。

- 醫病和諧要建立在醫病互信的基礎，其實醫病共同對抗的是「疾病」，應該發展伙伴關係，若病人不信任醫生，醫生也較會使用防禦醫療（N007）。
- 對醫療團隊有信心，就會配合治療，對於疾病的進展是有幫助，滿意度也會提高（N008）。
- 病人較有安全感，有信任感，可以放心的接受治療（N004）。

### 獲得正確的診斷和治療

以下有 3 位醫師陳述：

- 1、醫病關係和諧對病人是最獲利的，因為醫生會願意花更多的時間給病人，就不會有防禦性治療，對於醫療就較不會浪費，而且病人會接受正規的治療。醫病關係不好的話，醫生使用防禦性醫療，對於較為麻煩的病，醫生很快的就轉走病人，病人也可能就會去找另類治療（D007）。
- 2、醫病關係和諧必需建立在互信的基礎上，對於醫生所給予的治療，病人能夠接受，那麼，就可以節省很多的資源，而且醫生不會因為要增加收入，而把病人當成賺錢的來源，因此，病人可以得到一個標準的治療（D008）。
- 3、增加醫療品質，滿意度增加，接受安全有效的治療（D009）。

## （二）醫療提供者方面

從訪談過程中可以得知，醫病關係和諧，在醫療提供者方面可以獲得，醫療處置計畫順利進行，並且醫師較不會使用防禦性醫療，醫護人員的工作情緒提高及增加成就感，容易取得病人的疾病訊息等，以下分別敘述之。

### 醫療處置計畫順利進行，較不會使用防禦性醫療

有 3 位護理人員及 1 位醫師提出以下看法：

- 醫護團隊在執行治療計畫時較為順利，因為當病人對治療計畫不瞭解時，則會猶豫不決，因而延遲治療（N001）。
- 醫療處置或護理措施可以順利進行，醫病在雙方互信的基礎下，把病人的疾病早日診斷、治療、出院（N004）。
- 醫護關係不和諧，病人會挑毛病（N007）。
- 有一位醫師（D005）也說：「醫師較不會作防禦醫療，例如，多作檢查及多給

藥物，胃藥、維骨力等。」

### 提高工作情緒及增加成就感

共有 7 位醫護人員認同醫病關係和諧可以提升醫護人員的工作情緒及增加成就感：

- 護理人員工作時會較開心，比較不會煩躁，整個病房的氣氛也融洽，因而做事的出錯率會減少 (N002)。
- 護理人員會覺得很有成就感，較能夠將專業盡情的發揮，也可以感受到病人對我的重視，感到很高興 (N003)。
- 與病人關係不好，護理人員在工作時的情緒會低落，效率變差 (N005)。
- 工作有成就感，得到病人的回饋 (N011)。
- 工作感覺愉快，病人的用藥服從性，態度好，會感激醫生，醫生也會從病人處得到回饋及成就感 (D007)。
- 減少醫療糾紛，工作壓力減少 (因為衝突就會有壓力)，防禦性檢查會減少 (D008、D009)。
- 護理人員在執行護理工作時會較為順利，因為病人會配合，而工作的心情也會愉快，做事事半功倍 (N010)。

### 容易取得病人的疾病訊息

- 順利取得病人的疾病訊息，不僅讓醫師能掌握正確的病情，進而給予適當的治療，訪談中共有 4 位醫師 (D001、D002、D003、D004) 對此表示相同的看法。
- 有一位護理人員 (N008) 也針對此點提出：「較容易收集到病人的訊息，當護士忙碌時，病人也較能體諒，減少醫療糾紛。」

### 其他

另有 2 位醫師提出，醫病關係和諧，醫師可以獲得下列的成效：

- 若是真的發生事情，若能與病人溝通好，病人就比較能夠諒解，減少很多沒有必要的醫療糾紛，較為平順 (D004)。
- 一定要花些時間來教育病人，如此，可以增加醫生和病人之間治療的期望，醫生可以獲得病人的信任。溝通的過程醫生會得到病人的信任 (D010)。

## (三) 醫院方面

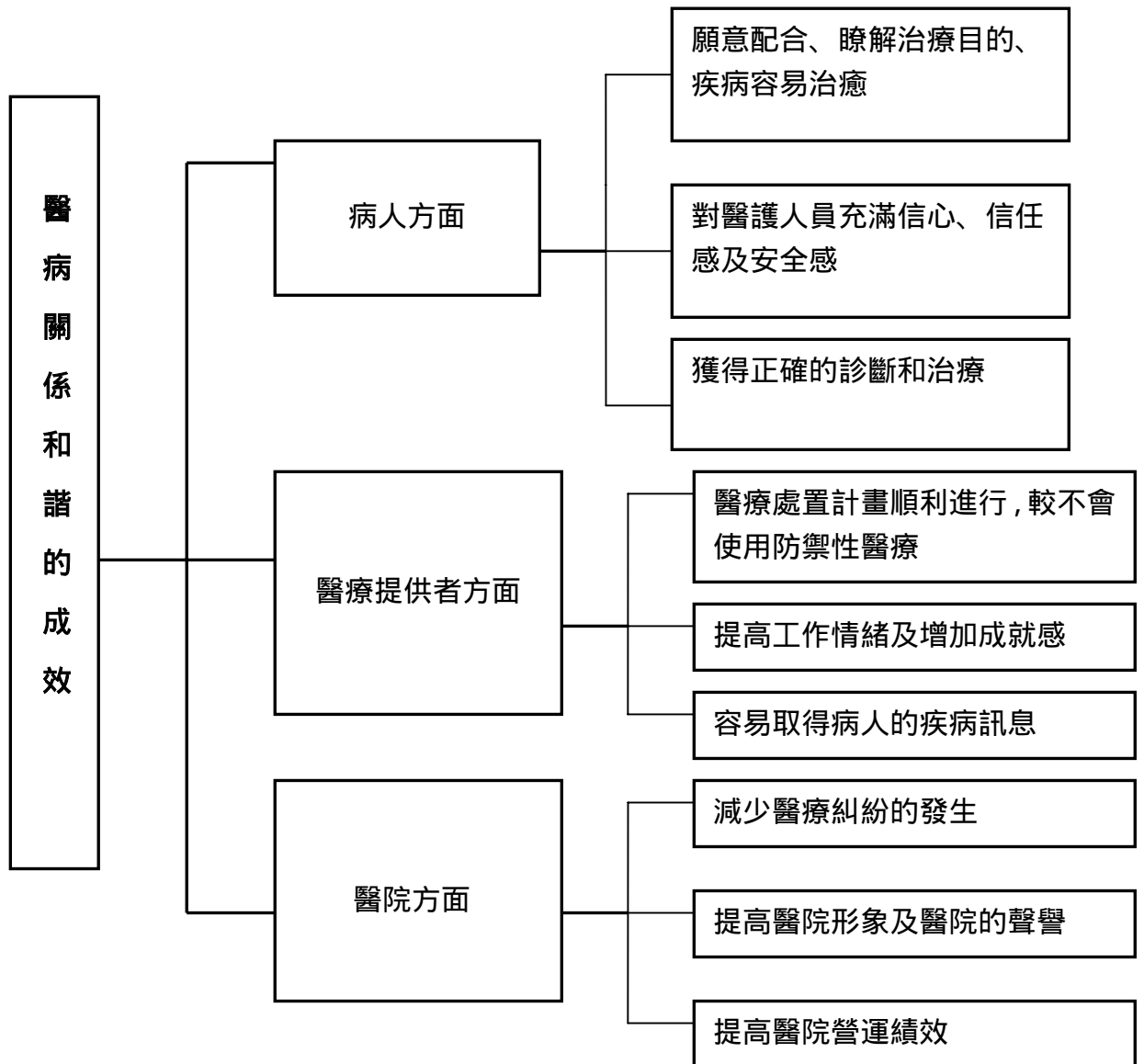
在 20 位受訪的醫護人員中，有 11 位醫護人員表示醫病關係和諧可以減少醫療糾紛的發生，有 8 位醫護人員認為可以提高醫院形象及醫院的聲譽，並且得到社會大眾的認

同，有 5 位醫護人員（N003、N004、N006、N009、D010）認為可以提高醫院營運績效，例如，縮短病人住院天數、減少二度住院、增加醫院床位的利用率、增加收入等。

更有一位醫師（004）加以說明：「縱使醫師犯點小錯，因為醫療難免有出錯的地方（像是併發症的發生），與病人關係好病人也就較不會求償；若是關係不好，明明醫師的處置是對的，病人也還要告醫生的醫療疏失，或是去告醫生的態度不好。」



圖表 4-13：病關係和諧的成效



資料來源：本研究整理

#### 四、您認為要如何維護醫病關係和諧？

##### (一) 被保險人方面 (病人)

信任與尊重醫護人員

在 20 位受訪者中有 7 位醫護人員表示，病人應該要對其照護的醫護人員充分的信任及尊重。

- 病人既然選擇了這個醫院就醫，就應該信任這裡的醫師。若是病人對醫護人員能夠客氣，那麼，大家做起事情來都覺得很愉快；若是病人指使醫護人員，那麼，醫護人員在照護病人上心理都會覺得不舒服（N002）。
- 病人應要信賴，不可隱瞞醫護人員，例如，病人為了尋求第二意見（second opinion）而不詳述之前看病的情形，而讓醫護人員不斷的為他作檢查及揣測病情，徒浪費病人的時間（N004）。
- 病人會來看病，他一定是會盡量相信醫師，但是外界因素會讓病人不信任。由於信任醫生，及接受醫生的衛教，病人因而開放他的思想接受更多的資訊，例如，生活習慣上的改變，而不是只是拿藥緩解疾病就好（D005）。
- 要信任醫生，若病人是在逛醫院，或試探醫生，有些病人在其他醫院都已經作了檢查，得知結果，也不告訴醫生，會讓醫生有不被信任的感覺，我會告訴病人：「如果你不信任我的話，那你也就不必來看我的門診。」醫生被信任是非常重要的，有一位主任很嚴正的說出心裡的話（D007）。
- 病人要信任醫護人員，不要試探，應該坦承所看過病的情形及病情，對於不瞭解的地方應該和醫護人員討論，而不是只以自己（病人）所瞭解之處（偏見）就認為醫護人員是不對或隨便亂講。如果病人不信任醫護人員，那麼，病人無法獲得最好的醫療照護，而醫護人員也會覺得很無力（N010）。
- 醫生應該依其正常（標準或需要）醫療專業行為，病人應尊重醫生的建議，若兩者在不信任的情況下，就會產生防禦性的照護（D008）。
- 有一位主任（D009）說到：「病人要尊重、信賴醫生之專業，不可主觀性太強，要記住醫生的天職是要治療病人，救人的，病人是來接受治療，不是來找麻煩的。」

### 充分的配合

有 1 位醫師（D007）及 3 位護理人員（N006、N009、N010）認為，病人就醫期間對於醫護人員所提供的治療計畫、處置及衛教應要配合，如此，對於疾病的預後較為有幫助，而且也可以維護醫病關係的和諧。

在門診中不時可以看到有些病人指使著醫師，「我要開這種藥，不要那種藥。」等等不合理的要求，真是不知道誰是醫師，誰是病人了，病人能夠尊重醫師，合理的要求及充分的配合，醫病雙方才能獲得雙贏，也唯有醫病互信，才能互蒙其利。

除了醫師給予病人的教育之外，民眾在健康、衛生教育的知識更應要加強。病人在決定治療前，一定要利用各種資訊管道去瞭解什麼是現今最正確的治療，有了這樣的知

識後，接著就要和醫師討論不同治療方法的利弊、合併症的有無、治療時間的長短、副作用的差異及所需費用。在這樣的溝通下，病人也可以判斷這位醫師的專業知識及其關心度、責任感，如此，不僅病人對於本身的疾病有通盤的瞭解，而且也能夠和醫師有良好的溝通，因而發展醫病和諧的關係。

## （二）醫療提供者方面

受訪者認為要維護醫病關係的和諧，醫療提供者應要花時間和病人溝通，具有同理心，能夠傾聽病人的心聲，以及友善的態度和專業能力來取信於病人。

### 花時間和病人溝通

受訪的醫師及護理人員中均提出，醫療提供者和病人及其家屬（主要照顧者）充分溝通的重要性，如此，醫病雙方對治療才能達到共識。

有位婦產科的醫師（D010）說到：「認真溝通的過程可以讓病人瞭解醫生在思考過程想了很多的事情，是為病人好，病人會感激醫生。醫生也要讓病人知道醫生不是萬能的，檢查也不是萬能的，讓病人的期待和現實更為接近。」

他（D010）加以說明：「一定要花些時間來教育病人，如此，可以增加醫生和病人之間治療的期望，醫生可以獲得病人的信任。溝通的過程醫生會得到病人的信任，對治療結果的接受度會增加，不是對病人說：『健保局說這個檢查不能作。』而是應該說：『這個檢查對你沒有必要，不需要冒這麼大的危險作這個檢查。』如此，病人會覺得醫生為他著想。時代變了，醫生也要和病人溝通。」

和信醫院的院長，黃達夫院長說：「醫療的目的在於解除病人的病痛，所以醫療的第一步應該是聆聽病人對於病情、症狀的訴說。醫師要積極的去瞭解病人到底要我們為他做些什麼？聆聽之後，我們才能夠應用我們的專業知識和技能提供貼切的醫療服務。」他又說：「積極的培養『聽』的本能，只有用心的、耐心的聽，才可能真正瞭解並人身、心的需求。如果沒有完全的、真正的瞭解病人身體上、心理上的問題時，多麼高深的科技，再昂貴的儀器，都無法發揮應有的效能。」（黃達夫，1999）

### 同理心

受訪者中有3位醫師及2位護理人員認為將病人視為自己的親人，將心比心，站在病人的立場著想，多瞭解病人，對醫病關係的促進有良善的幫助。

有一位醫師（D010）很感慨的說到：「一個好醫生必需是：sensitivity to human suffering，（對人們受苦的敏感度），醫生應該要在訓練的過程被訓練成有同理心的醫生。」而同理心的技巧如何訓練呢？這位醫師說：「同理的技巧乃是訓練醫生不要講太多的話，而是要聽病人要講什麼，最後幫病人說出他所要講的，要處理病人的情緒（以同理心來處理）。」

他 (D010) 更加以舉例說明：「例如，『我知道你現在會傷心，很多病人都會跟你一樣』。也就是講出病人要講的話：『我知道你對我很生氣，我跟你一樣不希望它出現』『我知道你對我很失望』，『我跟你一樣懊惱』，我們要讓醫生站在病人的身邊，而不是站在他的面前。」

從訪談過程中可以得知，並非每一個醫師都能具有同理心的溝通，這位醫師 (D010) 接著說：「醫生通常沒有被教導如此的溝通，當還是醫學生、住院醫師時，所學習的對象也不是這樣做，現在的醫生也不重視和病人的溝通，因為『溝通』是不考試，寫論文也找不到資料，所以大家都不重視，但是在安寧療護是一項很重要的訓練。」

有一位護理長 (N008) 也對於某些醫師欠缺溝通的能力提出看法，她說：「尤其是醫生應要和病人多溝通，醫生很缺乏人文的涵養，他無法表達對人的關心及關愛，我覺得只有內科 (胸腔內科) 的醫師很會表達，而外科醫生非常的忙碌，口氣很糟糕，他是不尊重人，連醫護之間的關係都搞砸了。醫生也對護士小姐罵三字經，如何能好好對待病人，像這樣的醫生不把人當人看，把病人當成手術的東西罷了，沒有對病人關心就不會有用心，不會用心就不會有好的結果。」

也有 3 位醫護人員認為：

- 1、應該要關懷病人的想法，傾聽病人的心聲，進而幫助病人真正的問題 (N002、N005、D009)。
- 2、醫生要有視病猶親的態度，委婉的向病人解釋病情，作任何檢查要親自解釋 (N002、N005、D009)。

醫師與病人的雙向互動關心，一直在持續影響著醫療決定和結果。如果醫師對病人不能具有關懷的心，他就不能把病人照顧得很周到。國內的醫師常不記得病人的名字，只記得床號，彷彿是對付監牢裡的囚犯一樣。有趣的是，病人也習慣了被這樣的對待 (黃達夫，1999)。

目前國內的醫學教育總讓人覺得醫師只要能竭盡所能的治好病人，就是好醫師。比較少去鼓勵醫師與病患之間建立互信與戶賴的醫病關係，而使醫病之間產生不少溝通的盲點。理想的醫病關係，首要的是瞭解病人的不同心理，然後尊重病人的自主權。

### 友善的態度

有 2 位護理人員 (N001、N007) 認為醫師應要友善，願意與病人建立友好關係、要有愛心耐心微笑，並且態度與口氣要很注意。

更有 1 位醫師 (D001) 談到：「醫師在對待病人的態度上是否親切，言語上的適當，都可以讓醫病關係更加和諧，醫生不是只是定睛在疾病本身及治療上，有很多的疾病其實是和心理有關，病人對醫生的解釋瞭解了，心理得到安慰，很多的疾病就因此痊癒了，

很多的醫生看病時眼睛沒有看病人，只是一味的盯著電腦看，只為了要趕快看完病。」

醫療服務的對象是人，無論是病人與健康人，都是具有思想的人，僅靠醫療設施的自動化、電腦化與硬體化，並不能使「人」完全滿意；亦即現代「人」對醫療服務的需求，都希望醫療服務是與提供服務的「人」的接觸，而非僅是和「機器硬體」的接觸。也就是說，在科技高度發達的今日，醫療服務仍歸結於醫療提供者（人）與病人及健康人的接觸，雖然此一接觸，可帶有若干硬體化的傾向，但「人」的接觸卻是絕對必需與重要的。

醫藥科技的發展固然提供了現代醫師神奇的治療利器，科學化的醫療也急速地改善了醫療成效，但是，醫師對病人的瞭解及他們所能給予病人心靈上的慰藉，和求生的意志，始終不是電腦、機器人等科技所能取代的。為了達到最優越的醫療成果，醫療科技非但不能取代醫病關係，醫師和病人之間的溝通反而顯的更為重要（黃達夫，1999）。

### 專業能力

有多位的護理人員提及醫護人員應要以專業的能力來取信病人，為病人作技術時應要有自信、純熟，正確，以提供的服務符合病人的需求，並且對病人用心，說合適的話，態度要堅定，語氣要柔軟。

有一位醫師更是說明，醫病關係和諧操之在醫療提供者手裡，他說：「病人不是學好如何當病人才來當病人，但是醫護人員是選擇要當專業人員的，所以醫病關係和諧操之在醫療提供者手裡（D010）。」

雖然如此，有 3 位醫師也有話要說：

- （D001）：「由於台灣醫生的 loading 相較於歐洲國家的醫生，一個早上只有看二個病人；而台灣的醫生在值班 24 小時，隔天還要再上班，實在非常的辛苦，而且醫生的每項處置都是在抉擇，疲憊的身心很容易發生處置問題。醫生也是人，也會有體力上的負荷，無法做到對每個病人都是和藹可親，但是醫療是服務業，仍要以服務病人為目的，所謂顧客至上，所以既然已入了這一行，就要有所體認。」
- （D004）：「雖然說醫師要對病人客氣，表面關係要好，要對病人解釋；沒錯，若有時間醫師應當要做這些事情，但是目前在台灣是作不到的。因為一個病人的門診時間分配不到一分鐘，在台灣的醫療體系，最重要的是醫師要真才實學，對病人的疾病要充分瞭解。」
- （D007）：「醫生要忍耐病人的不信任及無知，有些醫生和病人關係很好，但是沒有專業及倫理，就會給病人很錯誤的處理。例如，不需要開的刀，他就叫病人開刀，完全是利益導向；若是病人心目中的好醫生只是親切，那麼就是無知。」

曾經有位 20 幾歲的孕婦，在某醫院檢查 CA125 升高（腫瘤指數）醫生告訴病人說他子宮裡長了腫瘤，要將子宮切除，後來這位病人來讓我看；其實，病人的子宮裡是個黃體，懷孕滿三個月就會消掉，而且懷孕時本來 CA125 就會升高，實在是很糟糕的醫院。」

## 媒體報導與病人的不信任

有 2 位醫師及 1 位護理人員分別提出，由於媒體的報導使得病人對醫師產生不信任感，因而增加醫病衝突的機率。

- 1、 現在的病人對醫護人員也不信任，尤其是在歷經 SARS 後及很多的媒體報導，病人要求醫療的消費要透明化，其實很多的醫療行為確實沒有透明，但是現在的病人意識抬頭，要求醫療處置要清楚、正確，因此，醫病的衝突就會增加（N002）。
- 2、 健保局對媒體所發佈的健保發展過程中對於醫院均是採負面的報導，沒有一次報導醫院有很好的作法，而是報導某一處置在台灣是濫用的。因而造成病人對醫生不信任感，最後讓病人轉而投診偏方及草藥。也因為正牌醫師掛不到號，所以病人隨便到處拿藥，或是病人就自行將藥量減半，再掛不到號就再將藥減到 1/3，（臨床上很多這樣的情況），病人都說：「沒辦法啊！掛不到號，只好隨便拿藥」，在臨床上也無法對於病人的疾病作追蹤，其中有病情加重或死亡的病人也都不知道了（D005）。
- 3、 現在媒體不停的報導片段、不實、斷章取義的醫療事件，如此的報導對醫療殺傷力很大，但是民眾對於這樣的報導接受度卻很高。民眾就認為如同媒體的報導，醫生、護士就是這樣，因此，病人就醫時存在著質疑的態度，如此也讓醫病關係感到很緊張（N004）。

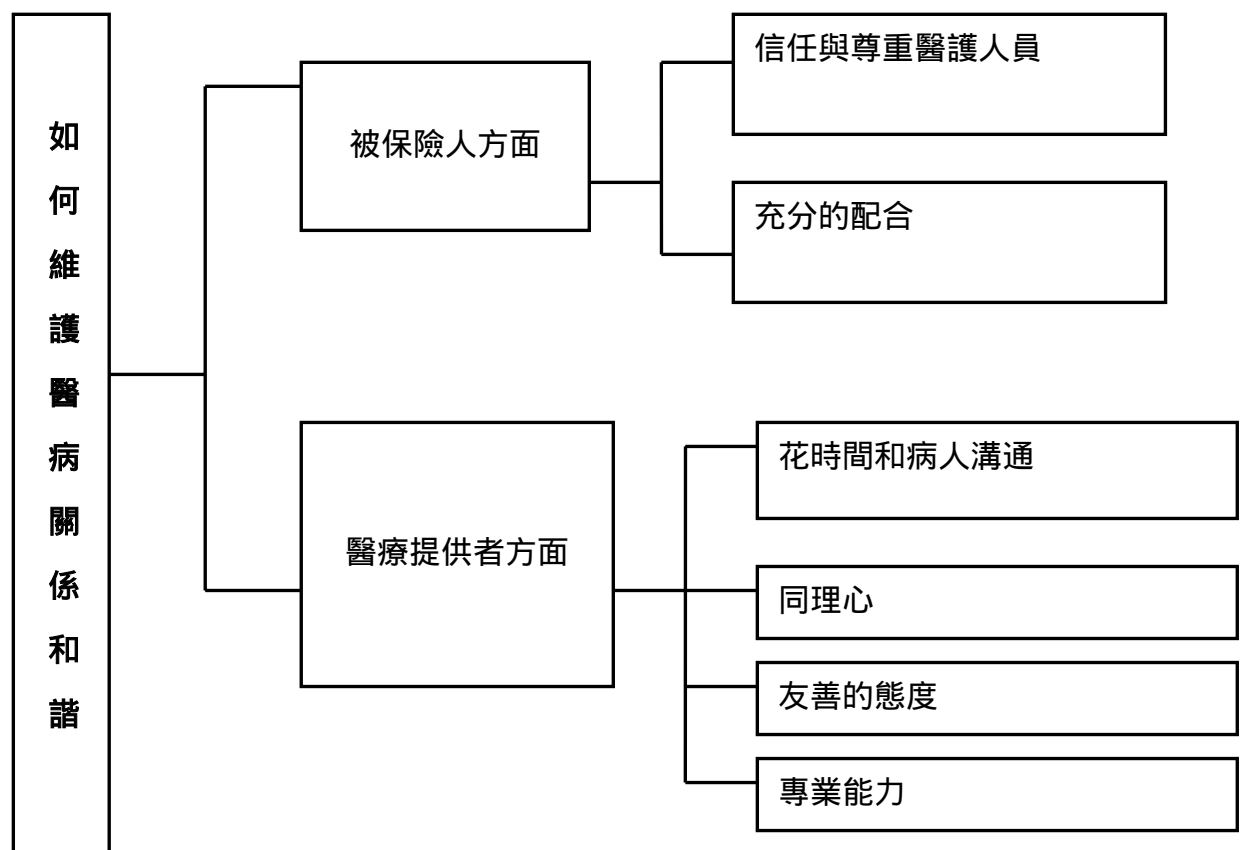
## 小結

醫師的職務涉及病人的健康，而健康問題的發生，並不只是在下班時間內才會發生，在任何狀況、任何時機都要有緊急應變的準備，只要病患有緊急的需求，就必需擔任救命如救火的角色。所以醫師的職業是高度責任性的工作，必需 24 小時待命（around the clock），因此醫師私生活經常會受到影響，也需要擔任起值班的任務，這是無法避免的。

而醫師的值班與護理人員的輪三班制是不相同的，護理人員所輪的三班，分為白班，上班時間為上午 8 點至下午 4 點；小夜班上班時間為下午 4 點至凌晨 12 點，而大夜班的上班時間為凌晨 12 點至隔天上午 8 點。每一當班時間仍為 8 小時，但是醫師的值班則是從當天下班後（已經上了 8 小時的班了）再值班到隔天的上午 8 點，交班後，此值班醫師並不放假休息，而是繼續的上隔天的正常班 8 小時。因此，此醫師已經連續上了二天正常班，共 16 小時，又值了 16 小時的班，共 32 小時的工作時間後才能得到休息。根據瞭解，大醫院一名住院醫師一個月約值班 10 天，平均三天一班；但有些中

小醫院只有一名總醫師，一個月值十幾、二十天的班是常事，長時間 on call 心理壓力之大，非外人能想像。雖然選擇醫護工作的人，必需要有這樣的瞭解，他的家人也要有這樣的認識，但是，如此的工作負荷，令人不免擔心，醫療品質如何提升呢？

圖表 4-14： 如何維護醫病關係和諧



資料來源：本研究整理

## 五、請分享一件醫病關係不和諧的案例

每一受訪者針對此題目，分享其在臨床上與醫病關係不和諧有關的經驗，案例資料歸納、整理於附錄六，敬請參閱。以下則針對每一不和諧案例作分析及歸類。

圖表：4-15 醫病關係不和諧案例整理

訪談資料編號	醫病關係不和諧案例
D001、D003	病人求償
D002	病人責怪值班醫生
D004	媒體不實報導
D005、D007、N002	病人告醫生
D006	開刀疏失
D008	支付制度的設計無法鼓勵醫生願意和病人溝通
D009	醫生拒絕病人的無理要求
D010	照護人員無同理心
N001	病人不瞭解加護中心床位的應用
N004	病人家屬的無理、媒體的報導
N005	醫生的服務態度不佳、病人意外死亡
N007	急診病人滯留
N008	病人家屬的堅持
N009	門診限號，病人無法拿藥
N010	病人不認同住院天數

由 20 位受訪者分享的醫病關係不和諧案例整理在圖表 4-15，由表中不和諧的案例又可以歸納出圖表 4-16。

圖表 4-16 醫病關係不和諧案例因素整理

醫病關係不和諧因素	醫病關係不和諧案例
病人及其家屬因素	病人求償、病人家屬的無理、病人告醫生、病人責怪值班醫生、病人家屬的堅持、病人意外死亡
照護人員因素	開刀疏失、照護人員無同理心、醫生的服務態度不佳、醫生拒絕病人的無理要求
總額支付制度因素	病人不認同住院天數、門診限號，病人無法拿藥、急診病人滯留、病人不瞭解加護中心床位的應用、支付制度的設計無法鼓勵醫生願意和病人溝通
媒體因素	媒體不實報導

由圖表 4-16 可以得知，醫病關係的和諧不只需要病人與照護人員雙方的努力，總額支付制度因素更是一項影響醫病關係的重要因素；而媒體的報導影響病人的就醫態度，尤其是不實的報導更是引起醫護人員的反彈。



醫病關係中除了病人與照護人員之外，另一重要關係人乃是病人的家屬，尤其當病人疾病治療的癒後不如預期時，病人家屬的抗爭及不滿更是影響醫病關係的發展。

## 六、醫病關係如何影響您的醫療行為？

由訪談過程中可以得知，受訪的醫護人員均認為縱使醫病關係不好，並不影響醫護人員給予病人應有的治療及照護。但是醫護人員畢竟也是人，對病人一樣有好惡，也與常人一樣也會有情緒不好的時候。這時，醫護人員如何來面對自己的情緒及處理病人，以下為受訪醫護人員心中的表白。

### (一) 不因醫病關係不和諧而影響醫療照護

- 1、醫師與常人一樣也有好惡，縱使關係不好也不會影響治療的給予，該治療的還是會治療。因為關係不好更應要小心，才不會引起糾紛，若病人讓醫生看病的心情不好時，醫生也會很討厭此病人，但是不致於會給他亂開刀 (D003)。
- 2、每一位醫護人員心中都知道應該要有的規範，並且應以何種的態度來服務病人，較少因為醫病關係而影響對病人的照護行為。例如，有些病人不好惹 (很囉唆)，那麼，醫護人員會互相提醒，避免造成醫病間的衝突，但是對其照護品質仍不變 (N001)。
- 3、不和諧的醫病關係並不影響的我醫療行為及對病人的處置，一遇到情緒不好時，我會戴上口罩遮住我的臉，以不讓病人看到我的不好臉色，及找同事訴苦，並且找機會將情緒發洩 (D001)。
- 4、不管醫師心情好壞，縱使病人罵醫師，討厭醫師，當醫師在為這病人開刀時仍要以平常心去開刀，醫師仍要盡自己的力氣去作。這是基本的修養，這就是醫學教育的一環，不管醫病關係如何，醫師應該要做的還是要做 (D004)。
- 5、該做的護理不因為醫病關係而有不一樣，挑剔的病人仍然要給予護理，只是較不會跟這樣的病人談心、話家常。這樣的病人反而會讓護理人員不敢去接近他 (該做的做完就好了)，我們會防著這樣的病人 (N004)。
- 6、醫療應當要做的還是要做，不會因為關係不好就會少作；就算是關係不好，該做的事還是都要做，也不會因為關係不好，就不去照顧病人。但是關係好，是會多一些的照顧及互動 (D005、N005)。
- 7、醫病關係不好我也不會少了應給她的治療，這是基本的倫理，但是醫病關係很好的話，病人會很愉快，我也會很愉快，大家都會享受這種關係 (D007)。
- 8、病人會抱怨一定是有哪裡不清楚的地方，醫病關係不好並不會影響我該給病人的護

理 (N009)。

## (二) 醫病關係不和諧則更換照護人員

人與人之間的相處並非事事如意，也會有不和諧的時候，當醫病關係不好時，更換照護的醫護人員是一可行方法。

- 1、在門診醫病關係不好我就拒絕此病人，我可以不要看這病人，在住院時，關係不好也可以換主治醫師，從另一位醫生切入照護，而讓病人接受 (D005)。
- 2、醫病關係不好的話，醫護人員也會抗拒去照顧這個病人，但是護理人員都會本著專業照顧病人，病人與醫護人員的關係不和諧，可以更換病人的主護護士，以另一護士來照護。常規的護理不會因為醫病關係如何，是一定會執行的，但是關係不好則有可能會出現減少主動照護 (N006)。
- 3、若病人與小姐關係惡劣才會調開護士小姐到二樓，而改換其他護士小姐照護 (N007)。
- 4、當醫護關係不好時，當事人要向病人解釋之後，也會將他調開照護其他病人 (N008)。
- 5、當醫病關係不好時，縱使醫護人員作得再好，也不會受到病人的接受，所以可以更換醫護人員 (N010)。

## (三) 醫病關係不和諧時要很小心並施行防禦性醫療

由以下受訪者的陳述得知，當醫病關係不和諧時，醫護人員為了保護自己所採行的醫療行為，並不是「少作」，而是「多作」，那就是，防禦性醫療。雖然，防禦性醫療並不會對病人造成傷害，但是畢竟還是病人原本不需要接受的醫療，也因而浪費醫療資源。

- 1、有些較為囉唆的病人，整個醫護團隊都會格外的謹慎小心，有些醫生會多作些檢查，以免日後發生醫療糾紛；有些醫生則會將醫病關係不和諧的病人試圖轉給其他組別同仁照顧 (D001)。
- 2、在護理人員方面，對於囉唆的病人她們也會互相交班通知，看得出來大家做事都驚手驚腳的 (D001)。
- 3、當醫生與病人關係緊張時，醫生也會意識病人可能會有要告你的時候，醫生的處置會趨向保守，但是保守並非是錯誤。例如，醫生會很詳細的將對病人的處置記錄在病歷上再和病人討論，要病人簽下同意書，(訴諸於文字) 來保護自己。也會多作一些檢查來輔助醫生的說法，這些檢查可能是可做也可不做 (防禦醫療) (D002)。
- 4、對於關係不好的病人，照護上要更小心，而且要做得更多，不能讓病人抓到把柄 (N002)。

- 5、醫病關係的和諧與否一定會影響醫生的醫療決策，如果彼此信任，那麼醫生在作醫療決策時必定會站在病人的角度思考。若是醫病關係緊張時，則醫生會站在自己一方作防禦性照護思考，因為醫生要自保。此時，不以病人思考為出發點，對於病人是沒有好處的，狀況也不一定會改善。防禦性照護雖然對病人沒有傷害，但是病人會接受到本來不需要做的檢查（D008）。
- 6、每種藥物都有副作用，每個醫療行為都有醫療風險，醫生為保護自己，降低醫療糾紛的發生，行為上趨於保守。若醫病關係和諧，病人也信任醫生，那麼醫生可以放心作醫療（D009）。
- 7、但是與病人關係不好，並不會影響所給予的照護，該作的還是會作。若與病人關係不好更應該要做的好，因為病人會挑剔，更不能漏掉；他會覺得他應該得到的就要求妳要給他。現在的病人沒有像以前的病人那麼厚道，以前的病人會感激醫護人員（N010）。
- 8、醫病關係不好時，醫生更是不能作錯事，關係好也不能作錯事，因為病人翻臉像翻書一樣（D010）。
- 9、對於關係不好的病人，有些的衛教就不給予，因為怕病人會質疑。透過在會議室護理人員之間的互相吐苦水來發洩心中的悶氣，之後就可以以另外一張臉到病人單位（N003）。
- 10、醫病關係不好連帶著病人拒絕所有的護理活動，當關係緊張時護理人員就必需去化解，此時反而要做的更多來與病人建立好的關係，那麼，所給予的衛教病人才能聽進去（N008）。
- 11、自從實施總額制度之後，醫病關係不和諧，醫生做起事來綁手綁腳，心中常想著，此病人是否會發生醫療糾紛（D009）。
- 12、也許我和病人的醫病關係並不差，可是我還是會擔心，是否有那些問題沒有幫病人想到的。所以有好的 knowledge 及 skill，對於 performance 來說還是很重要的。曾經讀過一本書：「有再好的 knowledge 及 skill 也無法彌補溝通拙劣所帶來的問題」。溝通好可以讓病人看到醫生好的 knowledge 及 skill，今天不是作錯事才被病人告，若是作錯事被告，其實只要賠錢就好了，而是病人對醫生及醫療的期望太高（D010）。

## 七、總額支付制度導致醫病關係不和諧的原因有哪些？

經過訪談結果，醫護人員認為總額支付制度導致醫病關係不和諧的原因可歸類如下。

## （一）健保局對民眾宣導不夠

訪談對象中有 6 位醫護人員認為健保局給予民眾的教育是不夠的：

- 1、健保局所執行的總額支付制度沒有對病人宣導，因而病人在就醫時不瞭解政策的改變，因而與醫院發生衝突（N001）。
- 2、保險單位沒有告知被保險人給付的範圍，也沒有告知醫療提供者可以提供的範圍，只是以籠統的總額來操作，並沒有告知分配的詳細作法，而讓大家都混亂（D002）。
- 3、健保局不當的宣傳，並沒有將總額制度對社會大眾說明，他只說他給全部的醫院同樣的錢，且照著去年同樣的營運量給錢，但是他沒有說他給醫院的錢打八折，而且還要更減少。因為如果門診超過 45% 不給錢，住院減少於 55% 又會被砍錢，因而讓社會大眾以為，總額就是維持以前服務的資源，其實資源是減少的（D005）。
- 4、病人最常說的一句話：「為什麼以前可以，現在不可以」，而且病人還會問：「我有健保也有勞保，那麼是否我可以用勞保看病」，很多病人的觀念還會留在以前的情況（N005）。
- 5、健保局應該有正確的資訊給予民眾（很多的病人認為大醫院的藥會比小醫院的藥效好）（N005）。
- 6、總額制度的實施，健保局把壓力丟給醫院，而醫院把壓力丟給醫生；又大環境沒有教育病人，醫生也沒有相對的認知，因而產生醫病關係的緊張（D008）。

台灣民眾已經被豐富的全民健保資源給寵壞了，民眾就醫心態及價值觀均極需被導正，健保局及相關衛生機關除了要求醫界提昇品質及效率外，亦應共同積極推動民眾教育計畫，教導民眾自我照顧。有關政策的施行，民眾也是霧煞煞的一頭霧水，對於政策的改變更是「莫宰羊」，由病人的一句話：「為什麼以前可以，現在不可以」就可以看出在總額制度的時空背景下，當今民眾的就醫觀念仍停留在公勞保時期的論量計酬制度。當醫護人員正忙於提供醫療服務時，還要身兼教育病人政令已改的重責大任，也因此與病人產生或大或小的摩擦與不快。

## （二）醫療資源的節制誰應負責任

一位護理部的督導長（N001）說到，節制醫療資源的責任不要只一味的丟給醫院，她說：「雖然醫療資源的節制是大家共同的責任，但是要病人、醫院、健保局三方面都要很清楚遊戲規則，及要有配套措施；只是一味的要醫院去負責，這對醫院來說是很大的負擔。」

為了減少醫療支出，健保局所推出的「卓越計畫」，其意乃是要醫院控制門診的量。所謂的門診合理量，也就是要以達到控制醫療費用的成長為目的，但是卻裹上一層「提

升門診品質」的糖衣之說法。當醫院配合政策限制門診量時，而引起民眾的反彈及醫病關係惡劣的發展，此時，健保局為了當好人，於是跳出來指責醫院不便民及影響民眾就醫權利，並且要求門診不可限號；此種又要馬而好，又要馬而不吃草的作法，將所有的指責通通推給了醫院。但是從現實看來，健保局的這種作法不僅沒有討好民眾，反而引起醫療提供者的反彈。

### （三）醫院承擔挽救健保財務之責任

這位護理部督導長（N001）繼續說到：「健保局給付給醫院的費用太少，又要求品質不變，醫院經營的負擔越來越大，病人就醫行為也沒改變，病人所付的保費沒有增加，但是要求醫院要更多的服務，因而導致醫療的支出都要醫院自行吸收。現在的健保政策對病人而言是俗擱大碗，但是，健保局為確保自己的財源不致於虧損，因而把所有的重責大任都要醫療機構來承擔。」

### （三）醫師提供醫療照護的同時需考慮成本

總額支付制度的實行，醫生所提供的照護必須有成本的考量，醫療行為會因為健保費用制度的影響。例如以前病人看病可以拿到比較多，比較好的藥，現在因為總額的實施沒有辦法開很好的藥給病人而是以便宜的藥來取代（以國產的 GMP 藥物取代進口藥物，否則醫院會虧錢）。不僅藥物的種類有限制，醫院也會限制醫生所開給病人的藥量，所以醫療的品質會有影響；若醫院想要多一些的獲利時，則會從藥的價差來動手腳。有些病人知道醫生所開的藥和以前有所不一樣時，有些病人也會不高興（絕大部分的醫生還是認為進口藥優於國產藥）（D003）。

### （四）總額制度不影響醫病關係

訪談中有 1 位護理人員及 3 位醫師表示，目前所實施的總額支付制度並不影響醫病關係。

- 1、總額支付制度在目前並無影響我和病人的關係（D001）。
- 2、我認為總額制度沒有影響到醫病關係（N003）。
- 3、我覺得總額支付制度並不會導致醫病關係的不和諧（D007）。
- 4、制度有所改變，但是不改變我們的價值觀，對我們沒有影響，所以不會影響我和病人之間的關係（D010）。

## 八、請描述您心目中理想的健保制度

### （一）健保是保險還是社會福利

- 1、健保制度是醫療保險也是社會福利，要有合理的保險費用，才会有品質的醫療（N001）。
- 2、保險制度是救濟型或是福利型健保制度，國家是否有能耐去作福利型的健保制度（D005）。
- 3、健康保險應該將社會福利制度與保險分開，對於付不出保費或沒有繳保費的民眾應該以社會福利來幫助他們。目前的健保制度含有保險制度及福利制度，所以對資源的應用會產生模糊，因為保險制度就是使用者付費的觀念，對於自費的部份就是在節制醫療資源。但是現在有些疾病卻是不必有自付額，所以目前的健保制度是福利制度嗎？還是把社會福利當保險（D008）？

## （二）政治因素

- 1、政治人物也應有責任，保費不應被選舉左右，健保財務的問題不應由醫院來承擔，也應要另訂社會福利政策（N001）。
- 2、保險制度應要脫離政策因素，沒有政治酬庸（D005）。
- 3、 健保不應受政治干預而遲遲不漲保費（D009）。
- 4、 健保也因為政治因素而有所影響（N009）。

## （三）醫療分級

- 1、醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所，確實作好醫療分級制及轉介，各層級確實做好其職責及功能，那麼，都有能力接受轉介進來的病人，否則要轉介的醫院也沒有信心將病人轉出。若是能夠確實作到醫療分級，那麼，慢性病及固定的處置可以在基層診所進行，需要固定評估時再回醫學中心即可，如此，對病人也較為便利，而醫學中心的病人也不致於過多，也才能真正治療急重症病人（D001）。
- 2、健保制度對於弱勢、重大傷病、慢性病人較有優惠；我認為健保要保大病不保小病，這樣健保才不會虧錢（N004）。
- 3、小病到小醫院看病，大病到大醫院看病；健保局應該有正確的資訊給予民眾，很多的病人仍認為大醫院的藥會比小醫院的藥效好（N005）。
- 4、民眾必需被教育大病看大醫院，小病看小醫院；而且家庭醫師（基層診所）制度應要落實，而不是讓病人到處亂跑，讓一些醫院也到處丟病人。本院是醫學中心又要看大病，又要處理小病，還要接受別家醫院所不要的病人，（他們只看可以賺錢的病人）（N007）。
- 5、應推動雙向轉診，大醫院將病人轉給值得信賴的基層診所，而基層診所的醫生一遇

病人情況不好時，也需再將病人轉回到大醫院作檢查，此為雙向轉診（D009）。

6、我認為今天所實施的轉診制度是對的；由於醫學中心的掛號費加上部份負擔由原來的 310 元漲價為 460 元，病人已經明顯少了（N009）。

#### （四）醫療及民眾的水準

一位婦產部的主治醫師（D003）贊同沈富雄的看法：「健保制度保大病不保小病，是合理的。病人應該要付出自我健康控管的責任，而不是到處亂看病；如果是小病的門診，像感冒是可以自費的，那麼就不會浪費健保。」

理想的制度先要看國民的水準如何（民眾的教育），及醫療的水準是否平均才能配合，若是醫學中心與基層診所的醫師水準差太大時，任何制度仍是行不通，制度由那麼多的專家想出來，制度本身都對的，端看如何實行，何時實行。我們的教育，我們的民族性，沒有 share 的精神，很多病人沒有病也要多少拿個藥，不吃藥放著也很好（縱使不吃放著心裡安心）（D003）。

#### （五）健保局的因素

##### 建立稽核制度

健保制度對於弱勢團體有他好的地方，但是台灣的社會充滿了唯利是圖，健保局是否應有更好的稽核制度來督察一些不法的醫院。像是，讓病人掛號領綠油精、換胃散的不法行為，徒浪費健保資源，反而對於正派經營的醫院施壓，如此將會劣幣驅除良幣（N002）。

##### 施以衛教宣導

健保局應該要對民眾宣導慢性病人的住院天數以及費用，有些病人雖然未達出院天數（慢性病人可以住院 30 天，30 天後開始部份負擔），但是病情已經穩定了，醫師也判斷可以出院，可是病人依然不願出院，仍然要住院到 30 天（N003）。

##### 支付制度

- 有些新的醫療方式健保沒有能力給付，但是又不允許病人自費補助差額，例如，一般性支架費用 3 萬元，有六種情況健保會給付。若健保局願意補差額的話，病人只要再付 4 萬元就可以裝塗料性支架，那麼，感染率可以減少一倍。但是現在病人被迫要全部自費裝塗料性支架，因為，健保局害怕只要一開放塗料性支架的給付，就會像美國一樣大家一窩蜂的裝置塗料性支架，因而造成健保給付會增加。健保局該作的沒去作，藥價黑洞的問題始終存在，卻責怪醫院，

其實不是靠著醫院自行去和藥商殺價，而是應該健保局和藥商殺價，才能去除藥價黑洞。又鼓勵以台製藥取代原廠藥，其實成本只減少 15%，而且藥效又不確定 (D005)。

- 健保局所要設計的支付制度，應該是要讓醫院的營運沒問題的一種制度，當醫院的營運出問題又如何照護病人，結果病人是最大的輸家 (N008)。

## (六) 藥價差

健保局應該代表全體的醫療院所來跟藥商聯合採購，這樣才可以降低用藥的成本，因為用藥是醫療成本花費最高的項目，所以健保局應該針對花費最高的項目去作解決。不是以少數醫療院所的不法行為作法，就下一道命令來規範所有的醫院 (N010)。

## (七) 部份負擔及保費

- 1、健保應該是有限度的保險，也就是要有付費的觀念，病人的部份負擔要提高，以減少不必要的保險花費；但是現在的保險是吃到飽 (D002)。
- 2、應該要提高病人部份負擔，如此可以杜絕醫療浪費，及資源無限制的使用 (N003)。

## (八) 其他

- 1、要超越人性的弱點，比如說，醫院不要管我賺了多少钱，我不去想醫院的營運及給付之下來為病人做該做的事，憑我自己的良知來使用醫療資源。只要醫院告訴醫生說看診要減量，醫生就會配合，但是要給醫生時間讓我們來疏散病人，而不是突然就把門診給鎖住，這樣病人會抓狂的；醫院管理階層用管理來壓住病人的需求，為達到目的，沒有信任醫生專業的判斷，他沒有當過一天的臨床醫護人員，他不知道什麼叫做生病 (D007)。
- 2、把醫療品質當成是首重任務，提升整個醫療體系的水準平均，提供同樣水準的品質。目標是要有健康的人民，而不是要賺多少钱。病人不要因為生病而影響經濟。健保存在的目標是什麼？要想清楚 (D010)。
- 3、健保局不瞭解臨床的醫療生態，對於給付等事項的制訂應該要多聽取醫療單位及民眾的聲音，尤其是臨床單位的醫護人員 (N011)。

## 小結

綜合以上受訪的醫護人員其心目中理想的健保制度整理如下。

- 1、社會福利制度與保險制度應該分開。



- 2、健保不應受政治影響。
- 3、確實作好醫療分級制度及雙向轉診。
- 4、提升民眾自我健康控管的責任。
- 5、提升整個醫療體系的平均水準，醫療品質是首重任務。
- 6、健保局應建立稽核制度。
- 7、健保局應對民眾施以衛教宣導。
- 8、設計完善的支付制度。
- 9、健保是有限度的保險。
- 10、支付制度的設計多採取臨床單位醫護人員的心聲。

## 九、統計分析與結果

本研究所使用的工具中，量性問卷（附錄二）共有七道題目，22位填答者各針對每道題目作無記名填答，勾選出「非常同意」為5分，「同意」為4分，「無意見」為3分，「不同意」為2分，「非常不同意」為1分，由圖表4-16、4-17及4-18中得知下列之分析結果。

又由圖表4-16顯示12位醫生與10位護理人員對各問題的同意程度，除了第二題、第四題、第七題外，受訪者對其餘各題的看法多為3分至3.5分左右，因而，以下針對受訪者的同意程度在4分及2分左右之題目作分析。

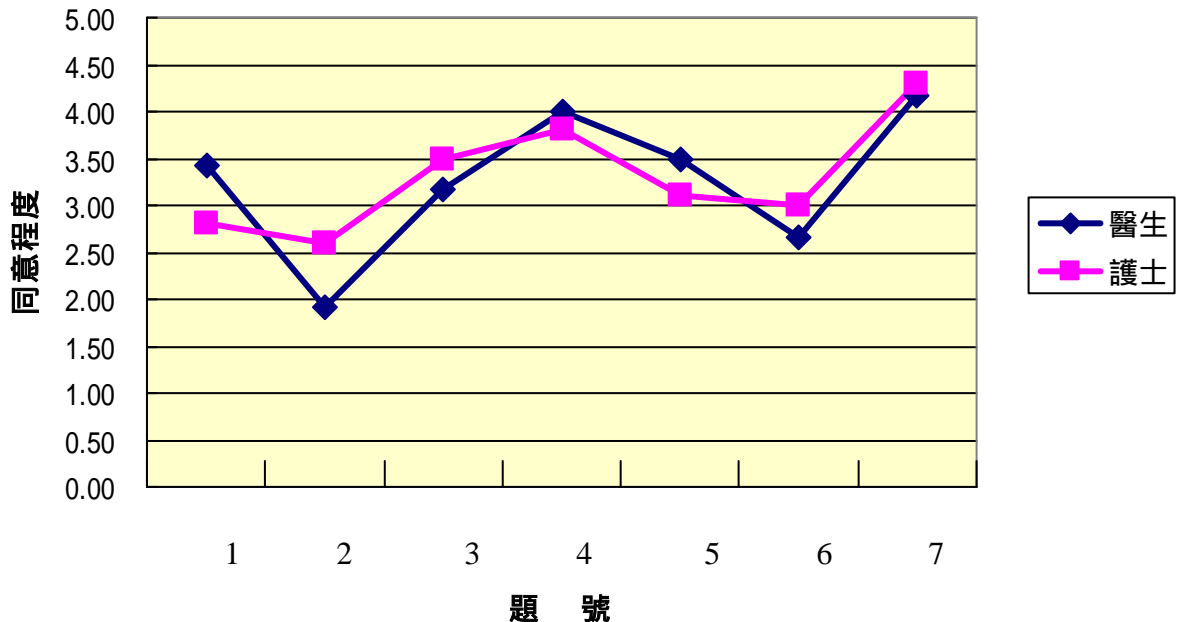
### （一）醫護人員對每道題目的同意程度

受訪者對於第二題「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」，受訪醫生所得之平均值為1.92與護理人員所得之平均值為2.60，均低於3分以下，傾向於不同意。第四題「總額支付制度引起民眾與醫院的紛爭時，健保局卻置身度外」，受訪醫生所得之平均值為4.00，護理人員所得之平均值為3.80，由此可知，無論是醫、護均有高於3分，並接近4分的同意程度。第七題「健保局沒有對民眾做好總額支付制度的宣導」，受訪醫生所得之平均值為4.17，護理人員所得之平均值為4.30，受訪的醫護人員均有高於4分的同意程度。

又第二題「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」，資料及圖表顯示出醫生(1.92)

對其看法，相較於護理人員（2.60）有更強烈之不同意，經 t 檢定結果具顯著差異（ $p < 0.03$ ）。

圖表4-17 醫護人員對各問題之同意程度



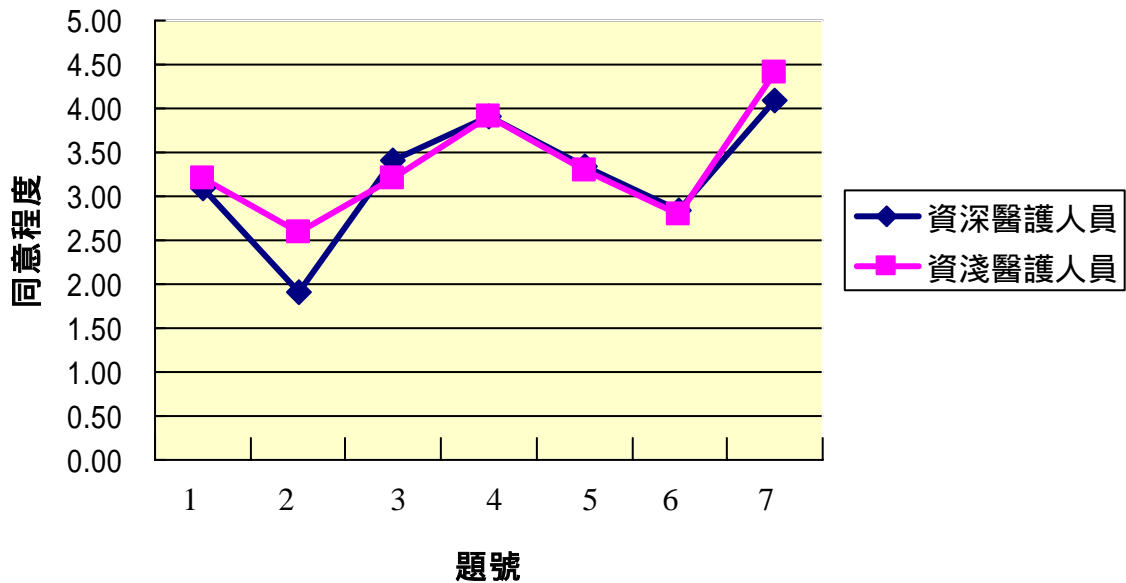
## （二）資深醫護人員與資淺醫護人員對各問題的同意程度

受訪的醫護人員其在醫療領域的年資，將其區隔為資深及資淺，分別作分析比較；醫生在其醫療領域的年資小於等於 15 年者為資淺，大於 15 年者為資深；護理人員年資小於 24 年者為資淺，大於等於 24 年者為資深護理人員。

由資深的醫護人員及資淺的醫護人員對於各問題的同意程度顯示於圖表 4-17，由圖表可以得知，資深或資淺醫護人員對於第四題「總額支付制度引起民眾與醫院的紛爭時，健保局卻置身度外」，分別為 3.92 與 3.90，兩者有非常接近 4 分的同意分數；而對於第七題「健保局沒有對民眾做好總額支付制度的宣導」，資深醫護人員為 4.08，資淺醫護人員為 4.40，兩者也有高於 4 分的同意分數。

然而第二題「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」，顯示出無論是資深或資淺醫護人員均為不同意，又資深醫護人員為 1.92，相較於資淺醫護人員的 2.60 有更強烈的不同意看法。再經 t-檢定之測試，其 p 值為 0.03，表示資深與資淺醫護人員對於「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」有顯著差異。

圖表4-18 資深、資淺醫護人員對各問題之同意程度

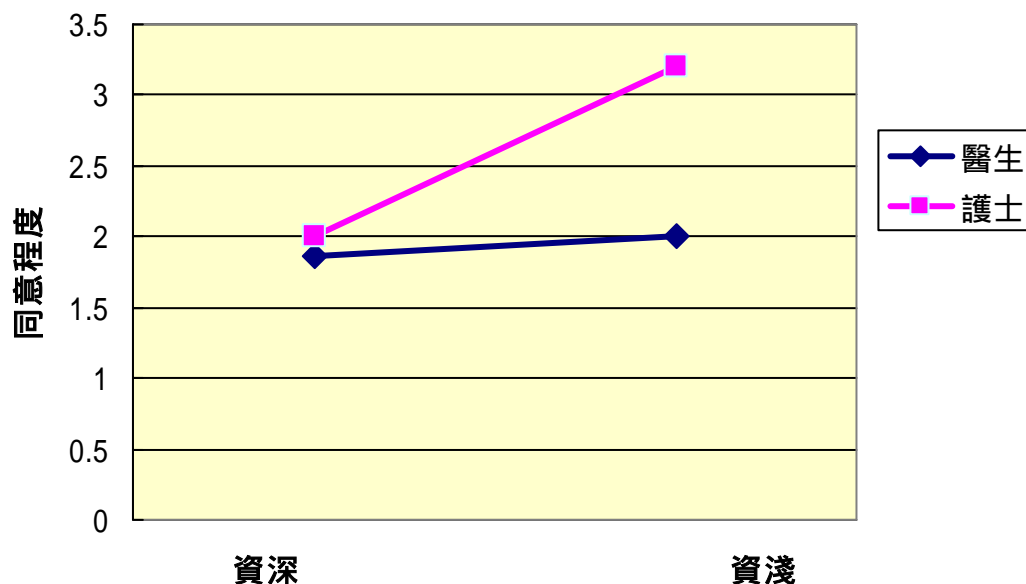


### (三) 醫護別與年資「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」交互作用

針對醫護行業別與年資的深淺對「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」做交互作用分析，由圖表 4-18 顯示，資深的醫生與護理人員對於第二題「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」，其平均值分別為 1.86 及 2.00，亦即是，資深的醫護人員均不同意總額支付制度不會影響醫生的看病行為。又資淺的護理人員對於此題的平均值為 3.20，則較傾向為無意見，而資淺的醫生為 2.00，相較於資淺的護理人員，資淺的醫生更為不同意「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」。

也就是說，醫生無論年資是資深或資淺其平均值分別是 1.86 及 2.00，均持有不同意的看法，但是，護理人員則在於資深者才有較為強烈的不同意，而資淺者則偏向於無意見。

圖表4-19 醫護x年資對  
『總額支付制度不影響醫療行為』交互作用



圖表 4-20 受訪者對第二題、第四題、第七題之同意程度

題 目	醫師 平均值	護理人員 平均值	資深 醫護人員	資淺 醫護人員	資深 醫師	資淺 醫師	資深 護理人員	資淺 護理人員
<b>第二題</b> 總額支付制度 不會影響醫生的 看病行為。	1.92	2.60	1.92	2.60	1.86	2.00	2.00	3.20
<b>第四題</b> 總額支付制度 引起民眾與醫院的 紛爭時，健保局 卻置身度外。	4.00	3.80	3.92	3.90				
<b>第七題</b> 健保局沒有對 民眾做好總額 支付制度的宣 導。	4.17	4.30	4.08	4.40				

資料來源：本研究整理

## 小結

- 受訪的醫師及護理人員均同意「總額支付制度引起民眾與醫院的紛爭時，健保局卻置身度外」及「健保局沒有對民眾做好總額支付制度的宣導」。
- 受訪的醫師及護理人員均有強烈的不同意「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」。
- 無論是資深或資淺的醫護人員均同意「總額支付制度引起民眾與醫院的紛爭時，健保局卻置身度外」及「健保局沒有對民眾做好總額支付制度的宣導」。
- 無論是資深或資淺的醫護人員均不同意「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」。
- 資深的醫師及護理人員均有強烈的不同意「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」。
- 資淺的醫師亦不同意「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」。
- 資淺的護理人員則對「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」，較持無意見之看法。

## 第五章 結論與建議

### 一、結論

於第四章「研究結果與討論」中已將開放性問卷中之各題目分析做成小結，此章再整理一較完整結論，分述如下。

#### (一) 目前健保所實施的總額支付制度，影響醫病關係

總額支付制度實施後，醫療機構為了求生存，為因應總額支付制度所實施的各項成本管控措施，不僅影響了病人就醫的權利，也因此影響了醫病關係之和諧。

雖然說大部分的受訪者均認同總額支付制度的精神可以減少醫療資源的浪費，並且認同防禦醫療是浪費醫療資源的一種醫療行為。而病人「逛醫院」、「貨比三家」的就醫行為及看病文化，應被導正並積極推動民眾教育計畫，宣導正確的醫療習慣，減少不必要的就醫和用藥。

#### (二) 總額支付制度要有配套措施

面對有限的醫療資源，及病人無限的需求，除了民眾的就醫心態及價值觀均極需被導正之外，實施醫療分級及雙向轉診為大部分受訪者所認同，但是提升基層醫療的平均水準及大醫院之重病給付才可望實施成功。

總額支付制度欲達到醫療費用管控的理想，必需要有完整的配套措施，才能避免影響病人的就醫權益，及造成醫療機構醫護人員的抗議和不合作，否則制度的施行導致的是民怨及醫療機構的反對聲浪；全民健保要能永續經營，挽救健保財務的責任必需是健保局、醫療機構，及被保險人三者共同承擔，否則一味的為了彌補健保財務的窟窿，但是卻降低了醫療品質。再則，健保局建立有效的稽核制度來管理醫療院所，是受訪者所建議的。

#### (三) 醫病關係和諧可以促進病人、醫療提供者及醫院三方的成效

在醫病關係和諧的氣氛下，病人對醫護人員充滿信心及安全感，也願意配合醫療處置，而醫護人員可以獲得正確的診斷，因而，病人的疾病容易治癒。在互信的基礎下，醫師會願意花更多的時間診治病人，也就不會有防禦性治療，因此，醫療資源較不浪費。

由訪談過程可以得知，醫病關係和諧，可以提高醫護人員的工作情緒及增加成就

感，因而其醫護專業可以盡情的發揮，那麼最大的贏家還是病人。

受訪者均認同醫病關係和諧可以減少醫療糾紛的發生，並且提高醫院形象及聲譽，因而醫院的營運績效可以提升。

#### **（四）良好的醫病關係是醫病雙方共同的責任**

良好的醫病關係是醫病雙方共同的責任，病人要能夠信任與尊重醫護人員及充分的配合治療計畫，醫病雙方才能獲得雙贏；唯有醫病互信，才能互蒙其利，這是醫護人員最大的期盼。

而醫護人員坦承要維護醫病關係和諧，醫療提供者應要花時間和病人溝通，傾聽病人的心聲，並且站在病人的立場去瞭解他。然而醫護人員應以專業的能力來取信病人，友善的態度才能與病人建立友好關係。

媒體不實、負面對醫院及醫療事件的報導，受訪者認為，民眾對於這樣的報導接受度很高，因而在就醫時就先入為主對醫護人員採取質疑的態度，如此，也讓醫病關係感到緊張。

#### **（五）醫病關係不影響醫療照護的提供**

從訪談過程中得知，受訪醫護人員均一致的認為，醫病關係不和諧並不會影響醫療提供者應給予的醫療照護。甚至在醫病關係不和諧時，醫護人員為了保護自己所採行的防禦性醫療的情況下，只有「多做」，而不是「少做」。

受訪者在填答量性問卷時，對於「總額支付制度不會影響醫生的看病行為」，無論是醫師、護理人員、資深及資淺醫師，以及資深護理人員均持「不同意」的看法，唯資淺的護理人員較偏向「無意見」之看法。醫師乃是每一項醫療處置的決策者，在總額實施以前，除了醫師個人的專業，醫療的規範外，是沒有人可以挑戰醫生的決策；但是在總額制度下，醫師要面對的不僅是病人危急的生命，還要面臨醫院營運管理的規定及所分配給各醫生的總額之成本考量，因此，無論是資淺或是資深的醫生認為，總額支付制度影響醫生的看病行為。

#### **（六）有限度的健保制度**

全民健保是保險還是社會福利，有多位受訪者提出此看法，既然是保險制度，那麼，應要有「使用者付費」的觀念，也就是健保是有限度的保險，包括部份負擔的提高、保

大病不保小病、減少給付範圍、落實轉診制度等。對於弱勢團體或付不出保費的民眾，應該以社會福利來幫助他們。

另外，健保不應受到政治干預，及保費也不應受到選舉的左右，是多位受訪者對於未來的理想健保制度提出看法。

## 二、建議

### （一）對保險人規劃支付制度的建議

健保的理念本身沒有問題，出問題的是健保的制度及人性，制度的施行應有配套措施，而不是誰的聲音大，規劃的方向就朝那方向，朝令夕改不僅民眾無法瞭解政令的快速變化，就連醫療機構的第一線人員都無法適從。

支付制度引導醫療提供者的醫療行為，很可能成為醫院管理合理化所追求的績效目標，而原本要改善醫院或財務的漏洞所訂下的制度，也因為人性而使得政策難以施行。

重新思考健保的宗旨及精神，讓社會保險回歸其最基本的醫療照顧，否則，若因醫院財務因素而迫使機構無法經營、逐漸萎縮，甚至關閉，或是縮減、改變醫療服務模式，又健保政策多方的管理控制，影響了醫療提供者提供的本質，這些影響層面並非民眾之福。

醫療品質日漸為人詬病，醫病關係趨向淡薄，保險人、醫療提供者及被保險人三者皆有責任，唯有在各方互相配合與努力合作下，才能解開這難解的結。

### （二）對醫療提供者及被保險人的建議

現今的醫病關係有太多的緊張，醫師擔心被病人告，病人擔心遇到「庸醫」，延誤病情。許多醫師大嘆現在的病人太強勢，而病人則大罵醫生沒有醫德。然而「信任」乃是醫病關係最重要的元素，醫病關係惡化，不只是醫界的責任，而是醫病共同要省思的課題。

病人和醫生共同負有對其自身健康照護的責任，「我相信那個照護我的醫生」，是病人求醫時首要具備的責任與態度；看病是生死攸關的大事，絕對不能以選擇便利商店的方便性來就醫，唯有正確就醫習性，才能節省醫療資源的過度使用。



過去很多醫生認為，只要把病人的病治好，其他都是次要的，但是，值得思考的是，為什麼台灣的醫療科技如此的發達，醫病關係卻是越來越緊張？科技變成醫生跟病人之間的阻隔，讓醫生和病人不易接近，新科技不應該成為醫病之間的阻礙而應該是助力。

醫護人員的養成及台灣整個臨床醫學教育的過程，是否強調並且讓醫學生再次的體會「行醫的目的是什麼？」；醫生如何看待並且期待與要求自己的專業？唯有清楚醫療的核心價值及在乎醫學倫理，才能重拾醫療的崇高價值與社會信賴。

### （三）研究限制與後續建議

全民健保基本架構為保險人、醫療提供者及被保險人，此次研究乃針對某醫學中心的 20 位第一線醫護人員為研究對象，整理分析其在健保總額支付制度下與醫病關係之影響；日後可以被保險人及保險人為研究對象，瞭解其對於健保總額支付制度的看法及對現代的醫病關係應扮演什麼樣的角色、政策推行的困難，唯有三者共同努力及合作下，才能促進和諧的醫病關係及醫療生態良性的發展，此乃為後續研究之建議。

此次研究工具中之量性問卷中七道問題設計，乃是在各訪談一位醫師及一位護理人員後，從訪談資料內容所得，並未做其信度及效度之分析。量性問卷共有 22 個樣本數，雖屬小樣本研究，但研究結果仍可獲得些許端倪；以後可以擴大樣本數繼續研究，不過，或許擴大樣本數後，仍與目前的研究結果相差不大。

又本次研究以某個案醫學中心之醫護人員為研究對象，日後可望擴大研究多家醫學中心，以獲取更多的研究資料。

## 參考文獻

- 行政院衛生署 (2004)。全民健保改革宗論。10月31日
- 行政院衛生署 (2004)。全民健保與醫療品質。10月31日
- 李玉春 (1996)。健康保險支付制度。於楊志良主編，健康保險 (68-113 頁)。台北：巨流。
- 莊逸洲、黃崇哲合著 (2000)。醫療機構人力資源管理。華杏出版股份有限公司。
- 張文凱 (2003)。運用危機管理建構醫療糾紛預防之模式—以醫院住院為例。國立雲林科技大學工業工程研究所碩士論文。
- 陳楚杰 (1999)。醫院組織與管理。台北：宏瀚文化事業有限公司。
- 楊志良 (2000)。健康保險。台北：巨流圖書公司。
- 潘憶文等 (2001)。醫院組織功能與管理。台北：偉華書局有限公司。
- 蕭文 (1991)。健康保險。台北：南山堂出版社。
- 顏裕庭 (1995)。全民健保理念與展望。台北：藝軒圖書出版社。
- 羅紀瓊 (1996)。健康保險財務制度。於楊志良主編，健康保險 (40-65 頁)。台北：巨流
- 中央健康保險局全球資訊網。<http://www.nhi.gov.tw>
- 張朝凱 (2001)。淺談全民健保總額預算制度。  
<http://www.lasikeyd.com.tw/nanazine/200106.htm>
- 楊志良 (2005)。全民健康保險的問題與改革。  
<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-013.htm>。5月
- 蔡甫昌 (2002)。醫病關係與執業倫理。  
[http://210.60.194.100/life2000/ethic\\_discuss/ethic\\_dis\\_65/BOARD.HTM](http://210.60.194.100/life2000/ethic_discuss/ethic_dis_65/BOARD.HTM)
- 賴其萬 (2003)。也談台灣的醫病關係。

<http://health.bookzone.com.tw/lin-tital.asp?no=250&hser=16> ◦ 12 月 31 日

聯合新聞網 ◦ <http://yam.udn.com/yamnews/daily/2248554.shtml>

# 附 錄 一

## 問卷內容

第一部份：受訪者基本資料：

- 一、性別： 男性                  女性
- 二、年齡：民國\_\_\_\_\_年次
- 三、主要執業科別：  
        內科系      外科系      婦科系      兒科系      其他
- 四、最高教育程度：  
        高職      專科      大學      碩士      博士
- 五、您在醫療領域的工作年資約\_\_\_\_\_年
- 六、您目前的職稱：\_\_\_\_\_

第二部份：結構式問卷

- 1、 請問您，目前健保所實施的總額支付制度，如何影響醫病關係？
- 2、 面對目前健保所實施的總額支付制度，您看法如何？
- 3、 醫病關係和諧可以促進哪些成效？
  - (1) 病人方面
  - (2) 醫師方面
  - (3) 醫院方面
- 4、 您認為要如何維護醫病關係和諧？
  - (1) 被保險人方面 (2) 醫療提供者方面，
- 5、 請分享一件醫病關係不和諧的案例。
- 6、 醫病關係如何影響您的醫療行為？
- 7、 總額支付制度導致醫病關係不和諧的原因有哪些？
- 8、 請描述您心目中理想的健保制度。

## 附 錄 二

各位醫界先進：

94.05

謝謝您撥冗為我們做這份「對總額支付制度的看法」問卷，希望您能就您本身的經驗，詳實填完這份問卷。問卷結果僅供學術研究之用，絕不透露個人填答內容。

敬祝 平安 健康

東海大學 EMBA 熊心如 敬上

問卷編號 1a

以下的陳述，請在你同意的方格裡打勾

非常  
同意

同  
意

無  
意  
見

不  
同  
意

非  
常  
不  
同  
意

- 1、總額支付制度減少醫療資源的浪費-----
- 2、總額支付制度不會影響醫生的看病行為-----
- 3、總額支付制度增加醫療糾紛的發生-----
- 4、總額支付制度引起民眾與醫院的紛爭時，健保局卻置身度外--
- 5、總額支付制度有助於控制醫療成本-----
- 6、總額支付制度有助於醫療分級制度-----
- 7、健保局沒有對民眾做好總額支付制度的宣導-----

## 附 錄 三

### 研究邀請函

親愛的 \_\_\_\_\_ 您好：

我是東海大學管理碩士在職專班的研究生熊心如，目前正在撰寫碩士論文，我所研究之主題為「全民健保總額支付制度對醫學中心醫病關係之探討」，旨在探討總額支付制度對醫療提供者及被保險人兩者關係的影響。

此研究以訪談為主要研究資料，希望藉由訪談的方式了解您對目前所實施的健保總額支付制度之看法，訪談所需時間約一小時，並視情況彈性調整，而為求資料之完整詳實，訪談過程中會先徵求您的同意後才予以錄音，訪談地點則以您的方便為優先考量。

我也將嚴格遵守研究倫理，訪談過程中所有資料做到絕對保密原則，而您所提供之資料，研究者保證將以嚴謹的態度呈現，論文中完全採用匿名方式，不公開個人資料，並且錄音內容僅作資料分析之用。

最後，謝謝您熱心參與本研究，研究過程中諸多打擾深感抱歉，也致上研究者之最高謝意，您所提供之資料對本研究非常重要，使我們對總額支付制度影響醫病關係有更豐富的了解。

研究過程中若有任何疑慮與建議，歡迎您隨時提出討論，謝謝您。

祝 平安

私立東海大學管理碩士在職專班

指導教授： 林財丁 博士

研究生： 熊心如 敬上

中華民國 年 月 日

# 附 錄 四

## 訪談同意書

本人\_\_\_\_\_經東海大學管理碩士在職專班之研究生熊心如說明整個研究目的、方法、性質與研究流程後，同意接受研究者之邀請，參與此研究，接受研究者訪談，提供個人的經驗與意見，希望能對此研究有所助益。

為便於研究者於在談結束後，有效整理與分析資料，本人同意在不公開個人隱私身分之條件下，允許研究者於訪談過程中使用錄音方式紀錄，而錄音之內容僅作此次研究分析用，不用於其他用途。

參與者：\_\_\_\_\_ (簽名)

研究者：\_\_\_\_\_ (簽名)

日期：        年        月        日

## 附錄五 訪談記錄

### 一、目前健保所實施的總額支付制度，如何影響醫病關係？

#### 醫院如何因應總額

##### 1、限制病人掛號，限制門診人數

D001 門診預約限制病人掛號，使得病人只好以現場掛號來看病，因而讓病人有很長的等候時間，但我的病人並沒有對醫生發脾氣，因為這些病人多年來都是找我看病，所以他們也就願意等候。

D004 本院有很多的病人是由院外轉診而來的，我的病人有的甚至是從苗栗來看病，醫師答應看病，醫院卻說不准看，就連病人要自費看病也不允許。

D004 一個診間就只能掛號 30 個病人，當病人掛不上號時，病人就開始吵，醫生也沒辦法，所以我們就叫病人去健保局吵，所以當時投書的病人很多都是本院的病人，所以本院就上了頭條新聞，但是健保局卻反而怪本院拒看病人。

N002 住院的病人要出院時，護理人員常要幫病人預約掛號，因為實施總額之故，常會無法掛上號。

D005 醫師考慮到門診所分配的量就不敢在門診作處理，而且會強迫病人轉到急診。

D005 目前本院在電腦預約有限制掛號，在當日現場的掛號則不限制，所以想要看病的病人都還是可以看得到，只是病人要花多一點的時間等待看病。

D005 目前一個門診診間的限額是 60 個病人，若是超過 60 人就是作白功了（拿不到診療費），本院是公立醫院並沒有扣醫師的薪水，一般的私人醫院就是扣醫生的錢了。

N005 民眾有病一定會到他所信任的醫院就醫，所以會到大醫院看病，但是來到這裡又限制掛號，病人就會有抱怨。

N008 限制門診量，影響了推動出院計畫，當在追蹤出院的病人發現病人健康有異樣時，此 case manager（副護理長擔任）或專科護理師已經沒有權責了，因為無法幫助病人安排後續的治療（無法安排回診），這樣已經沒有站在病人的健康立場著想了，只是為了打這一通追蹤電話，但是無法為病人做什麼事。

N008 員工的家屬也無法掛號拿藥，家人的健康沒有安排好，其實也影響到員工工作的情緒，當時也對醫院無法照顧到自己的家人感到懷疑了。



N009 病人掛不到號，我們（門診的醫護人員）也都被病人罵。病人不瞭解為何我們要限診，而醫護人員也不知道限診到何時，要如何作，應該要和第一線人員溝通，醫院的高層並沒有下達明確的指令給我們。

### **醫院對各科分配總額，各科對醫生分配總額**

D008 健保局給醫院總額，醫院又將此總額分給各科，有些醫院甚至分配到個人的總額。

D003 醫院實行總額制度，也會將額度分配給各科，各科再分配給各醫生額度，所以醫生一個月可以開刀幾個病人是被分配好，很多的病人也就排不進來開刀。因為多做會多虧錢，所以總額制度讓大部分的醫生很反彈。

D005 當門診病人數超過健保所規定的合理門診量時，醫院就是在做白工了，因為無法拿到健保局給付的診療費，健保局分配給醫院的總額，醫院再將此總額分配給各科，各科的主任再將醫院所分配的總額分配給各醫師，所以，當醫師考慮到門診所分配的量，也就不敢在門診為病人作處置，所以強迫病人轉到急診處理。

## **2、開藥、檢查、開刀的限制**

D001 醫院為因應總額，在醫生開藥上有所限制，無論是藥量及藥的種類均要求醫生有所限制。此種限制不會影響我對病人的醫療處置，仍以病人疾病的考量為優先。

D010 病人最大的抱怨是本來都可以掛號，為什麼現在不可以，本來都可以拿的藥，為什麼現在拿不到。

N002 病人認為醫生開的藥不夠好，因為他們認為健保制度有所限制，因而認為醫生沒有給他們最好的藥，也因此病人常常會抱怨，所以病人常說：『如果健保不能給付，我們願意自費』，其實醫生已經盡最大的努力。

N004 由於實施總額制度，因而醫師在下處方時會有成本的考量，而病人無法得到他以前所得到的藥物或檢查，病人的期望沒有達成，因此與醫師產生衝突，衝突後較易產生糾紛。

D005 總額制度鼓勵 GMP 藥物（台製藥），目前某附設醫院及私人醫院已經都改為台製藥，成本可以減少 10-15%，但是一顆原廠鐵劑就可以提升病人的血紅素，可是二顆台製鐵劑還補不起來，其實成本並不會減少反而增加，原廠藥的效度還是比較好，病人還會問醫生為什麼給他比較爛的藥，也因此病人不信任醫師，又轉而看其他的醫生，病人又再度去流浪。我的處理是多開慢性處方簽給門診病

人，至少讓病人能夠吃得到藥。若叫病人轉到其他醫院去看病，病人也未必會轉去，因為本院病人的特色是，已經逛過很多家醫院了，最後才來到本院的。

N005 總額的實施，在醫生開藥時會考慮到不是該科的藥物就必需去本科開藥，例如，病人患有心臟病及糖尿病，心臟病的藥物可以在本科開藥，而糖尿病的藥物則要掛號新陳代謝科，所以專科護理師這時要很詳細而且在三的對病人解釋，但，不是每一個病人都能夠接受，病人會覺得很麻煩，讓他浪費時間，而且又再掛另外一科也讓他又再花一次掛號費，O17D 因而增加病人就診次數，在科的總額可以被控制，但是對整個醫院的總額而言是其實是增加成本的。

N008 有個主任也被高層提醒說：『你開刀要限制，否則你就害了我們』，醫生的士氣被打擊很大。

D009 減少檢查量，因而有耽誤病情之虞。

N009 醫生開出台製的藥物，病人發現和以前所開的藥物有所不一樣，因此產生衝突。

N006 科裏被分配醫院的總額，在月中時要評估所做的侵入性的檢查是否超過量，如果超過那麼在月底時就要控制檢查的量了，雖然病人因為病情的需要做檢查，但是考慮到總額制度量的控制，因而延後執行檢查也就是讓病人等待到下個月再檢查。

### 3、 限制住院天數, 控制床位在 7-8 成

N010 為了因應總額制度，病人的住院天數必需要控制（縮短），因此一些護理措施或是衛教需要在有限的時間內給予病人，也因此無法重複或是無法很詳細的給予病人，病人在此情況下對於護理人員給予的衛教，其接受度並不高。而病人也覺得他的病情及傷口復原的情形是不能出院，但是醫護人員就要他出院了，病人覺得無助，醫護人員也是沒有辦法，因為還有很多同樣的疾病的病人等著要進來住院。在總額制度後對於住院天數的限制有較嚴格的控制。

N008 加護中心的穩定病人無法轉出到普通病房，是因為普通病房雖有床位但是寧願讓他空著（控制床位在 7-8 成）。

N007 總額制度下，有些醫院的額度作滿了，就把病人丟到本院來，因為她們不願意花成本照顧病人，所以病人就從急診進來，我們是公立的醫學中心，我們不會拒絕病人，也不能拒絕，所以急診每天就像菜市場一樣，而且醫院的床位也有限，滯留在急診的病人無法轉到病房或是加護病房（因為床滿了），但是急診卻不能說床滿了，所以非收病人不可，每位急診的護理人員要照顧太多的病人（一個小姐照顧 25 個，夜班還會多到照顧 30 個病人），醫療品質堪慮。

他院醫學中心將不賺錢的病人轉到本院，病人成為人球

D010 其他的醫學中心把不能賺錢的病人轉到本院來，基於本院的文化，我們是不會拒絕病人的。

N005 很多的小醫院不接收重症的病人，因為會讓其虧損，因而往大醫院轉送，所以更是造成大醫院的負擔，以公立醫學中心而言，是不得不收這些別的醫院不要的重症病人。

N007 某附設醫院同樣是醫學中心，卻把病人轉到本院，地區醫院，區域醫院轉醫學中心還很合理，但是醫學中心轉病人來本院實在說不過去，同樣是醫學中心，他們只選他們想要看的病人，而且只要稍微麻煩的病人，也不想醫治，說不定治療了後還會引起醫療糾紛，所以就會將病人丟到我們醫院，而且轉病人來也沒有開出轉診單。

#### 4、將病人轉診至合作的地區、區域醫院看病

D004 醫院以限制門診的掛號及關診來因應總額制度，掛不到號的病人則請病人至與醫院有合作的區域醫院、地區醫院看病，這些醫院有本院的醫師駐診。而病人以往所拿的進口藥也因為總額的實施，已經無法在本院拿到藥了，也會請病人至駐診的醫院去拿藥。

D004 病人在本院看不到自己的醫生，又要再花時間到其他醫院去看病，很多病人都很生氣。

D005 為了因應總額制度，醫師派駐到聯盟醫院去駐診，讓病人能夠在其他醫院可以看到本院的醫生，但是一方面是否也代表醫學中心去吃到策略聯盟醫院的餅（區域醫院或地區醫院的總額），若是這樣的話是以利益為著眼點，並不是為病人考量。

N009 本院實施自主管理時，由於沒有宣導，說做就做，因為門診限號，導致病人掛不到號，我們只好請病人到其他的醫療院所就醫，病人無法接受，也起了衝突。

#### 5、醫療耗材成本管控

N004 使用醫材時要盡量節流，我有聽說其他醫院的作法是：像是，胸腔水下引流瓶、3M 膠布、靜脈軟針等都會叫病人自行到醫療器材行購買，醫院就不必付出這些耗材的成本，其實這些耗材的給付是內含在處置中，不能額外再叫病人去買，在本院無法這樣做，因為病人會去告健保局。打靜脈針後所貼的透明膠布叫做『Tegaderm』在其他醫院的作法是，若病人要貼的話就要自己買，否則就是貼布膠布，但是在本院所有的病人打完靜脈注射都是貼『Tegaderm』我認為在使用耗材時本來就應當該省則省，該用則用，但是現在使用時應當要特別的謹慎。

N010 若一個病人一天使用 7 條抽痰的管子，那麼還是在於健保給付的範圍內，若此病人使用第 8 條管子時，那麼，就已經開始在消耗醫院的成本了，因此，我們會告訴病人：如果可以的話，是否買一些抽吸管子來準備著，但是也有家屬的反應是：我們是沒有能力買的，當病人不肯買時，醫院也只好虧錢。在總額實施前，我們是從來沒有叫病人買過抽吸管子。關於要跟病人講這些話（買醫療耗材），為什麼是護理人員要對病人講，而不是醫院的管理階層或是。。。，心理會感到很矛盾的告訴病人去買棉花棒。（耗材用的多的病房，績效的評比差，約束各病房的申請耗材量來控管耗材）

D001 又例如，沒有經驗的護理人員，在打靜脈注射時可能要比經驗豐富的護理人員多打好幾次，在耗材上增加成本（打針的耗材），所以，這樣的管控人力未必就能控制成本，最重要的是照護品質的降低，也很容易發生醫療糾紛，但是醫院並沒有想到那麼多，只是一味的能夠度過眼前的難關就好了。

## 6、人力管控

D001 醫院為了因應總額的實施，因而要開源節流，控制成本的升高，所以大力的管控人力成本，使用約聘護士，又每個護理人員的照顧病人數增加，雖然醫院是說和其他醫院護理人員數一樣，但是本院的病人疾病嚴重度高於其他醫院，約聘護士的薪水也不高，所以流動率很大，她們常常在我們這裡受訓後就跑到別家醫院，不僅增加了我們的訓練成本，也影響了照護品質，因為兒科的病人（加護中心、病嬰室等）沒有家屬的照顧，需要很有經驗的護理人員的觀察，而且醫生也是從護理人員的觀察中得到治療的依據。

N008 當在床位縮減時，護理人力就要及時放掉（排休假，不能依原來護理人力上班），護理人員對於強制性的放假而感到不高興。

N008 總額制度的實施在成本上的考量多於照護病人，在成本上的考量尤其以護理人力的刪減為多，所以進用契約護理人力，因為她們的薪水少，她們感到同工不同酬，而且壓力又比其他醫院大，所以這些契約護理人員的離職率高（20%—30%的流動率），其實另一成本的花費是醫院管理所沒有注意到的，那就是訓練成本，因為不斷培訓的成本及影響病人照護安全上的品質，醫院高層並沒有考量。醫院在營運上要控制成本首先考慮的就是減少護理人力，因而 over time（延遲下班）的情形很嚴重，護理合理人力為，2.5 人/1 床，目前加護中心人力為 1.8 人/1 床，普通病房為 0.45 人/1 床（合理人力為 0.75 人/1 床）。

N008 護理人員也被告知，人力是無法馬上解決的，是一種長期的抗戰，所以大家認了，護理人員是很認命的，所以大家都延遲下班每天至少 45 分鐘，大家都在當義工。

N010 普通病房一個護理人員要照護 8-10 個病人，我們也常常延遲下班，大約 30 分鐘-1 小時，對於資歷淺的護理人員，延遲下班的情況更是嚴重（因為她們的

動作較慢)，白班常要到晚上 7、8 點才下班（正常為 5 點 30 分下班），小夜班要到凌晨 2、3 點才下班（正常為凌晨 12 點下班），大夜班要到上午 10 點才下班（正常為上午 8 點下班），現在也沒有小組研習及讀書會了。

N010 為了控制成本大量晉用契約護士（又老人漸漸的退休），但是她們執行的護理行為其實品質是不好的，又她們的薪水少，所以她們很喜歡包下夜班（因為有夜班費），但是在夜裡就會安排一位資深的小組長上夜班，這位小組長除了要 cover 契約護士，還要兼作行政工作（因為夜班沒有書記），所以雖然額內的護理人員有較高的薪水，但是卻要兼負起很大的工作負擔，一個新進人員需要 6 個月至 1 年才能有能處理任何的狀況。契約護士的薪水與其他醫院的薪水差不多，但是工作量在本院較其他醫院為重（錢少事多），而且工作品質被要求的很多，加上她們的抗壓性低，而且他們在實習時就受到很多的保護，所以她們的離職率很高，其實為她們所做的教育訓練的成本是醫院所沒有考量的（隱藏的成本），或是引起糾紛的成本，醫院說：『請一個額內護士可以請二個半的契約護士』，但是額內護士需要扛起帶領新人的責任。希望醫院的管裡者能夠考慮到這個層面。

N002 現在的護理人員很年輕而且又是契約人員，他們的薪水很少，要成為正式的公職護理人員的機會也很少，在同一個病房工作，做的事情一樣，可是他們領的薪水是較少的，而且本院的忙碌重擔高於其它醫院，而且在本院的薪水還少於其它醫院薪水約 5-6 千元，因此，契約護理人員的流動率很大；一個病房的契約護理人員（12 個）約佔總護理人員（30 個）的 1/3 以上，一個年資深的護理人員常要帶領年資淺的契約護士（而且是常常流動），因而感到無力感；契約護士多，流動率大（最長的年資為兩年，已經打算要走了），因而造成護理的品質差，因為她們的工做熟練度不夠，常會漏東漏西，病歷書寫也不夠完整，很容易造成疏失，所以年資深的護理人員常需要盯她們，能夠扛的也就盡量扛下來。

## 7、 減薪，績效獎金及福利減少

N001 減薪對於第一線員工是很不公平的，因為照護病人的負擔（loading）增加，薪水卻減少，績效獎金及福利也減少。

N004 總額制度對於我在病房工作較沒有直接的影響，但是會有危機意識，因為高層一直在告訴我們醫院虧錢，所以 6 月的薪水如果有減少，就是醫院要再繳回錢給健保局（健保局要追討回去），而扣大家的薪水。

N009 我想，如果我不對病人講（如果可以的話，是否買一些抽吸管子來準備著），醫院的成本浪費是否也影響我的薪水，當醫院沒賺錢時，也影響了我的績效獎金。

N008 有些醫生的薪水每個月被扣 2-3 萬，醫生說：『今天努力的醫生反倒是以這種方式來處罰』（即在總額之下努力看病，反而被扣薪水）。

## **總額的實施及醫院的經營策略與醫生的 PPF 互為矛盾**

D003 由於總額的實施，醫院有限制的看病人，但是醫生的薪資制度還是依照以前的方式(PPF)，因此醫生與醫院的經營策略互有矛盾，也就是醫生如果配合醫院的經營將病人的量減少，則會影響薪資，所以醫生並不很願意配合醫院，較會依照自己的作法。

D003 限診、讓病人掛不到號，病人量減少，醫生的薪資減少，而病人又看不到病，病人和醫生都反彈，醫院因為病人減少而會賺到錢，但是醫生卻因為病人減少而薪資減少，兩者產生矛盾。

D008 現在醫生的薪水仍以以前的方式論量計酬的方式計薪。健保局與醫院之間為總額給付，而醫院與醫師之間為論量計酬計薪，因而造成醫生的行為錯亂。

## **就醫習慣、行為（逛醫院、重複檢查）**

N001 總額讓醫院面臨成本與品質兼顧，醫院要有所因應。對於病人數多的醫院有較大的衝擊，因為看病越多虧損越多。

N002 現在病人把醫療當成消費行為，要求高而且服務態度要好，並且服務要快速，就像是買賣東西。

016D 在總額制度之下，醫生必需面臨使用的資源是有限，但是現在的病人在就診時並不會瞭解醫生所使用的資源是有限的，仍然以以前的觀念使用醫療，如果，醫生照護病人的模式為考慮此情況，仍然依循過去論量計酬的方式時，就很容易將資源受限及未能好好照護病人的怨氣，歸因於健保局政策的因素。

## **健保局並無對民眾宣導**

N001 健保局並無對民眾宣導，而是醫院對民眾教育，但是由於病人的就醫文化及就醫習慣難改變，造成病人與醫院間的衝突。健保局卻置身事外，無處理醫院與病人間的衝突。

D001 健保局總是當好人，壞人總是醫院來當，而且健保局也要負起教育民眾的責任，要醫院實施總額，但是民眾就醫時並不瞭解醫院因為政策的改變而在掛號上、開藥上有所改變。

D010 要讓病人知道有些檢查是不必要的，那麼這個醫生是要花些精神與時間來為病人說明，在這當中其實也是教育病人的機會，但是也不能只推給醫生，因為健保局或是衛生署也有教育民眾的責任。

D002 健保局無告訴大家總額實施的程度，因此大家對這件事情的看法落差太大，也就是醫院認為要有限度的給予病人，而病人仍以以前的消費行為來就醫，因此兩者的落差明顯。

D002 制度制訂者應該要告訴病人，保險的給付到達什麼程度，並非什麼都可以保。

N003 總額制度實施後，由於民眾不瞭解，以為住院可以住很久，病人以為雖然疾病穩定了，但是因為有健保給付，所以病人都想要多住院幾天。

N005 健保局給民眾的資訊不正確，並不是醫院限制掛號，不開檢查，這些的限制民眾認為是醫院的規定，而不是健保局所為。例如，當我們對病人說：『這個藥健保不給付，病人就打電話到健保局投訴，但是，健保局卻對病人說：『沒有啊，什麼藥都可以開』，健保局不能把所有的事情都推給醫院，當時健保局也馬上打電話來了：『為什麼不給病人開藥』，我們也只能回答：『這個藥物，健保局規定要做完胃鏡才能開』。

N005 病人的意識抬頭，很多的訊息可以從網路上得知，其實健保局可以將相關資訊放在網路上，例如，什麼情況可以放支架，為什麼支架要自付，報章雜誌上有很多的醫藥新聞並非是醫生所寫，可能是記者的片面資訊，很多的病人會拿報紙來問：『報紙說可以作支架，為什麼你們不能作』病人因此會要求醫院要配合。

N007 在總額制度下最大的贏家是健保局，因為他們只賺不賠，民眾也沒有被教育大病看大醫院，小病看小醫院，所以病人到處 hospital shopping。

D008 病人的看病行為沒有改變的話，資源就會被浪費（例如，到處逛醫院），因此，病人需要被教育，其中來自于醫生對病人的教育，但是健保局在實施總額制度時也應該要告訴社會大眾如何看病。

N009 民眾沒有使用者付費的認知，因為民眾沒有被教育。

## **總額支付制度的出發點是好的, 減少醫療資源的浪費**

N001 總額支付制度的出發點是好的，因為在有限資源下去運用不造成浪費，但是實際上民眾就醫習慣不改變，資源分配不均、健保局無稽核制度（做得好的醫院卻被減少給付），等，都讓此支付制度更加的混亂及造成更多的不滿。

D001 總額的概念及構想是可以減少醫療資源的浪費，以前真的是太浪費了，提醒醫生節制作無謂的醫療處置及製造無謂的醫療需求。

D010 現在有很多醫療是浪費在重複的醫療，是醫生所創造出來的需求，那是必要的醫療。

D010 好的醫生會在這總額的遊戲規則下，讓病人得到最多的福利，而比較看重金錢的醫生，也會在此制度下想辦法拿到最多的錢，所以，制度不是問題，但是必需讓病人知道資源是有限的（要讓病人知道資源是有限的，是誰的責任，是醫院？是醫生？是健保局的責任？）

D010 醫生會這樣做（製造需求），是因為總額以前為論量計酬，論量計酬時，病人的功能是提款機，因為，病人不想作的檢查，開的刀，醫生會要病人作，總額之後，病人的角色是來吃蛋糕的，因為醫院的總額（蛋糕）就是這麼一塊，病人一來，醫院就少了一小塊，這一塊蛋糕一直是病人所吃的蛋糕，醫院這時認為病人最好都不要吃到，醫院才能多留下一些。

D002 並非病人要什麼，醫師就要給什麼，醫療與商業行為是有差別的，而是應該給病人有正確的就醫認知，雖然病人與醫生會有磨擦，但是不見得磨擦就是不對。

D007 總額支付制度大原則是可以的，節省醫療的花費，減少無謂的浪費，理論是可行的，但是在原來給付的不公並沒有解決的情況下就進入這個制度。

D008 若能引導醫生能夠瞭解在資源是有限的情況下照護病人，並能適當的引導病人接受合理的治療，該用的藥去用，反而可以照護更多的病人，但是品質是不變的。所以在總額制度之下，醫生必需要體認到在資源有限的情況下幫助病人，給予治療上最好的計畫，因此，可以節省資源的浪費，對於病人而言，在醫生充分的照護之下並不因為受到限制或沒有被保險照護到。

D008 如果病人想要從有限制的資源獲得無限制的取得，醫生也認為資源是無限制的，也就大方的使用在每一個病人上，不經過專業的考量，這時所導致的衝突就會轉駕給健保局，如果醫生已經體認到資源有限的情況，運用其專業，醫生為了約束病人的無限取得，病人若不配合，這時病人與醫生之間就會產生衝突。

## **總額並無造成很大的不便**

D001 對我而言總額並無造成很大的不便。

D010 在總額之前沒有把病人當成提款機的醫生，在總額之後雖然有所限制，但是對於這些醫生並沒有改變，因為這些醫生本來就不會製造無謂的需求，制度有所改變，但是不改變我們的價值觀，對我們沒有影響，所以不會影響我和病人之間的關係。

## **不會影響我和病人之間的關係**

D001 與病人的關係是良好的。



D007 我和我的病人長久建立信任的關係，我不覺得因為總額制度對我有些懷疑，雖然醫院有限制門診，但是病人仍對我信任，有很多的病人在其他的醫院看病之後，仍要來讓我再看看。

D010 由於限制門診，病人不會對醫生抱怨，但病人會對制度及醫院抱怨，對於病人掛不到號，我們也很同情病人，其實病人和我們站在同一陣線上；在婦產科門診的病人不因總額的關係而有不和諧的情形發生。我以病人為中心，我最先想到的是病人，再是為醫院的營運，雖然制度的改變，但是我的原則能不改變，所以應該不會有問題。

## **媒體報導與病人的不信任**

D002 現在的病人對醫護人員也不信任，尤其是在歷經 SARS 後及很多的媒體報導，病人要求醫療的消費要透明化，其實很多的醫療行為確實沒有透明，但是現在的病人意識抬頭，要求醫療處置要清楚、正確，因此，醫病的衝突就會增加。

D005 健保局對媒體所發佈的健保發展過程中對於醫院均是採負面的報導，沒有一次報導醫院有很好的作法，而是報導某一處置在台灣是濫用的，因而造成病人對醫生不信任感，最後讓病人轉而投診偏方及草藥，也因為正牌醫師掛不到號，所以病人隨便到處拿藥，或是病人就自行將藥量減半，再掛不到號再將藥減到 1/3，（臨床上很多這樣的情況），病人都說：『沒辦法啊！掛不到號，只好隨便拿藥』，在臨床上也無法對於病人的疾病作追蹤，其中有病情加重或死亡的病人也都不知道了。

## **二、對目前健保所實施的總額支付制度，您看法如何？**

### **實施總額必需要有配套措施**

D001 實施總額必需要有配套措施，而不是又要實施總額，又要醫院限制病人人數。

D002 健保局下一指令後很快又會變動，或是只要病人有怨言就修改制度（朝令夕改），如此會讓大家沒有方向，醫院會無法適從。

D008 總額基本上是節制醫療資源，但是配套措施作得太少，在此情況下，實施總額的責任就推給醫院與病人之間（推卸責任），若有，轉診、病人使用資源的教育、形成社會風氣等配套措施，大家都有共同的認知。

### **健保是有限度的保險**

D002 健保應該是有限度的保險，但是不能以總額來設限，而且健保局也沒有明

確的說明如何分。

## 醫療分級制（轉診制度）

D004 雖然說大病到大醫院，小病到小醫院，問題是，大病或小病由誰來判定，例如，咳嗽是大病或是小病，因為咳嗽有可能是感冒，也有可能是肺癌；一般的老百姓更是無法判別所患的疾病是大病還是小病，轉診制度固然好，但是沒有配套措施。實施全民健保需要全民的水準都好高，醫療的水準也要很平均，才能實施成功，無論是區域醫院、地區醫院、開業醫（基層診所）的醫師都是曾經在醫學中心訓練的很成熟（醫療水準平均）。要瞭解的是，為什麼病人要大老遠的來到醫學中心看病，並且又要花很多的時間等看病，我們應該要面對問題，去檢討真正的原因，不能只問：『為什麼不到基層診所去看病』。

N006 當病人遇到生命的危機時常會尋求第二意見，這是人之常情，很難限制病人就是要在哪家醫院看病，雖然小病要到小醫院看病，大病到大醫院看病，但是也有病人到小醫院吃了虧，所以就想要到大醫院看病，因此，醫療分級制是很難實施的。

D009 建立家庭醫師制度。提升大醫院之重病給付，才能引導大醫院願意看重病人。提升基層醫院、診所的醫療水準，否則病人不願就醫。

## 門診（45%）與住院（55%）比例的調整，與世界的潮流，醫療的趨向有所違背

D005 因為，能夠不要住院，或是能夠在門診治療的病人就應盡量不要住院，例如，作心導管檢查，在國外的情形是在門診做，經健保局的門住院比例的調整，那麼，作心導管檢查也就不會往門診來施行為考量，若是這樣的情形，其實成本並不會減少，只是會為了配合制度來作，反而形成醫療浪費，如此，醫生在向病人解釋作心導管時就會加重疾病程度來解釋，使病人接受能夠住院作心導管。

## 健保局的稽核制度

N007 健保局不對丟病人的醫院作約束，處分，反而對規矩做事的醫院打壓。

N001 作得好的醫院卻被減少給付。

## 醫護人員的心聲

D005 總額制度下醫生實在沒辦法決定什麼。

N005 很多醫院並不認同總額支付制度，而且病人也抱怨連連。

D007 健保局很詭詐，一方面實施總額制度，同時又開放很多新醫療的給付，例如增加好幾個抗癌藥物使用的適應症，乳癌的病人在此時也可以照 PET（正子攝影），一方面討好病人，讓病人覺得健保可以給付那麼多，但是在醫院實施總額，限制額度，又讓醫師不敢使用這些措施，也就是告訴醫生你應該給病人這些，但是又告訴醫生我給你的錢就是這麼多。以前的給付不公平，在總額之後仍然是不公平，就像是，皮膚科原本就好賺錢，現在也是好賺，所以二線科也就成為醫學生的最愛。

D008 以前論量計酬，醫生可以很大方的去使用這些資源而沒有任何約束，除了本身個人的專業，醫療的規範外，基本上沒有人可以挑戰醫生的決策，也就是醫生說了就算數，但是在總額制度之下，醫生必需面臨使用的資源是有限。

D009 在總額制度下會破壞醫病關係，且降低醫療品質，例如，該住院的病人不能住院，或是開刀延遲。

N010 我覺得目前醫院只是在不出事的情況下解決好病人的問題，已經談不上品質了。醫院沒有賺錢也無法生存更是談不上品質了，當然醫院先是以成本為考量。

### 三、醫病關係和諧可以促進哪些成效？

#### （一）病人方面

##### 病人願意配合、瞭解治療目的、疾病容易治癒

N001 病人及家屬瞭解醫護團隊的治療計畫，病人的配合度高（D002），而且病人也知道疾病的癒後情況，避免造成日後的糾紛。

D001 病人願意配合醫生的治療計畫，而且瞭解治療的目的，因而疾病容易治癒（003D）。

D003 病人配合度好，醫病雙方關係和諧，醫師更樂意照顧病人，病人的治療往往有較好的結果。

N002 病人會配合治療，心情也較安定，也會對醫護人員較有信心。

N005 較可以接受醫護人員的意見，會信任，配合度也較高。

N010 病人若能瞭解健保給付，那麼就較會配合醫護人員的醫療處置，也就較不會產生衝突，沒有衝突也就能和諧。

##### 對醫護充滿信心、信任

D004 會到醫學中心看病的病人有很多是慕名而來，或是介紹而來，或是在其他

醫院有解決不了的問題而來看病，所以病人對醫師就已經充滿信心若病人充滿信心則本身的意志力，求生慾望，心理層面也會獲得有形與無形的幫助，而且對整個治療計畫都有幫忙。

D005 溝通好，溝通好對於疾病控制的穩定度很有幫助，病人會信任醫師，可以得到該得到的治療，可以不必接受不需要的醫療。

N003 信任醫護人員，病人也肯合作，對於治療的成效可以增加，在病人出院後也較有幫助，如此以後再度入院的機率也會降低，若關係不好，護理人員說的話，病人都會不想聽。

N005 關係好的話，若沒有一針打上血管，病人也會說：『沒有關係』，若病人討厭某位護士，縱使那位護士技術再好，病人也不願意讓她打針。

N007 醫病和諧要建立在醫病互信的基礎，其實醫病共同對抗的是『疾病』，應該發展伙伴關係，若病人不信任醫生，醫生也會使用防禦醫療。

N008 對醫療團隊有信心，就會配合治療，對於疾病的進展是有幫助，滿意度也會提高。

N004 病人較有安全感，有信任感，可以放心的接受治療。

### **正確的診斷和治療**

N006 病人得到尊重及正確的診斷和治療。

D007 醫病關係和諧對病人是最獲利的，因為醫生會願意花更多的時間給病人，就不會有防禦性治療，對於醫療就較不會浪費，而且病人會接受正規的治療，醫病關係不好的話，醫生使用防禦性醫療，對於較為麻煩的病，醫生很快的就轉走病人，病人也可能就會去找另類治療。

D008 醫病關係和諧必需建立在互信的基礎上，對於醫生所給予的治療，病人能夠接受，那麼，就可以節省很多的資源，而且醫生不會因為要增加收入，而把病人當成賺錢的來源，因此，病人可以得到一個標準的治療。

D009 增加醫療品質，滿意度增加，接受安全有效的治療。

## **(二) 醫療提供者**

N001 醫護團隊在執行治療計畫時較為順利，因為當病人對治療計畫不瞭解時，則會猶豫不決，因而延遲治療。

D001、D002、D003、D004 醫生在看病時心情會很好（較容易得到病人的疾病訊息）。

D004 若是真的發生事情，若能與病人溝通好，病人就比較能夠諒解，減少很多沒有必要的醫療糾紛，較為平順。很多人會認為醫學中心的醫師不大會跟病人講話，醫師比較踐，因為醫學中心不需要打廣告，已經夠忙碌了，也不需要拉攏病人。

N002 護理人員工作時會較開心，比較不會煩躁，整個病房的氣氛也融洽，因而做事的出錯率會減少。

N003 給予病人的衛教，病人較能夠吸收。

N003 護理人員會覺得很有成就感，較能夠將專業盡情的發揮，也可以感受到病人對我的重視，感到很高興。

N004 醫療處置或護理措施可以順利進行。醫病在雙方互信的基礎下，把病人的疾病早日診斷、治療、出院。

D005 醫師較不會作防禦醫療，(多作檢查及多給藥物例如，胃藥、微骨力)。

N005 與病人關係不好，護理人員在工作時的情緒會低落，效率變差。

N006 工作有成就感，得到病人的回饋。

N007 醫護關係不和諧，病人會挑毛病。

N008 較容易收集到病人的訊息，當護士忙碌時，病人也較能體諒，減少醫療糾紛，工作的情緒較為順利，病人的配合度高也會影響護理的品質。

D007 工作感覺愉快，病人的用藥服從性，態度好，會感激醫生，醫生也會從病人處得到回饋及成就感。

D008 減少醫療糾紛，工作壓力減少(因為衝突就會有壓力)，防禦性檢查會減少。

D009 醫療糾紛減少，增加工作熱誠。

N010 護理人在執行護理工作時會較為順利，因為病人會配合，而工作的心情也會愉快，做事事半功倍。

D010 一定要花些時間來教育病人，如此，可以增加醫生和病人之間治療的期望，醫生可以獲得病人的信任。溝通的過程醫生會得到病人的信任。

### (三) 醫院方面

N001 病人滿意度高。

N001、D001、D002、005D、N002、N007、N008、D008、N010 減少醫療糾紛。

D005 醫療糾紛相對減少，溝通不良及缺少信任比較會有醫療糾紛。

D003 減少醫療糾紛，縱使醫師犯點小錯，因為醫療難免有出錯的地方（像是併發症的發生），與病人關係好病人也就較不會求償，若是關係不好，明明醫師的處置是對的，病人也還要告醫生的醫療疏失，或是去告醫生的態度不好。

### **提高醫院形象**

（醫護人員也關心醫院的形象）

N001

N005 醫院的聲譽好，口碑好。

N008

D007

D008 醫院的聲譽提高，會得到社會大眾的認同

D009

N009

N010

### **提高醫院營運績效**

N003 縮短病人住院天數，減少二度住院，增加醫院床位的運用

N004 住院天數減少，床位利用率增加。

N006 營運穩定，提高聲譽

D009 增加收入

D010 醫院的效益增高

## **四、您認為要如何維護醫病關係和諧？**

### **（一）被保險人方面**

D002 合理的要求。

N005 病人不要一味的無理要求醫生，很多醫生會生氣的對病人說：『不知道你是醫生，還是我是醫生』。

### **誠實**

D001 病人在看病時應該誠實的說出曾經看了哪些醫院，作了哪些檢查，及結果如何，而不是看病像是 shopping，在每家醫院重複作檢查，檢查結果一出來，才說：『在某家醫院作的結果也是這樣。』病人想要知道不同的醫院、醫生，是否有相同的診斷，但是這樣的就醫行為讓醫生有『被考』的感覺。

N001 對所要執行的計畫，應充分瞭解也就較不會質疑，因此較不易造成糾紛。

## 信任

N002 病人既然選擇了這個醫院就醫，就應該信任這裡的醫師。若是病人對醫護人員能夠客氣，那麼，大家做起事情來都覺得很愉快，若是病人指使醫護人員，那麼，醫護人員在照護病人上心理都會覺得不舒服。

N003 病人要接受醫療的團隊所提供的照護。

N004 病人應要信賴，不可隱瞞醫護人員，例如，病人為了尋求第二意見（second opinion）而不詳述之前看病的情形，而讓醫護人員不斷的為他作檢查及揣測病情，徒浪費病人的時間。

D005 病人會來看病，他一定是會盡量相信醫師，但是外界因素會讓病人不信任。由於信任醫生，及接受醫生的衛教，病人因而開放他的思想接受更多的資訊，例如，生活習慣上的改變，而不是只是拿藥緩解疾病就好。

D007 要信任醫生，若病人是在逛醫院，或試探醫生，有些病人在其他醫院都已經作了檢查，得知結果，也不告訴醫生，會讓醫生有不被信任的感覺，我會告訴病人：『如果你不信任我的話，那你也就不必來看我的門診』，醫生被信任是非常重要的。我覺得要在醫學中心和病人維護良好的醫病關係比在地區醫院容易，所以地區醫院一遇到重症病人要轉走，其實他們知道如何處理，但是萬一他們處理不當，病人就會說他們沒有轉診。

D008 醫生應該依其正常（標準或需要）醫療專業行為，病人應尊重醫生的建議，若兩者在不信任的情況下，就會產生防禦性的照護，醫病關係的和諧不只是醫生與病人之間，因為當中還有健保局（保險單位），所扮演的角色及所實施的政策應該要讓醫生與病人的衝突降低。（健保局的角色）

D009 要尊重、信賴醫生之專業，不可主觀性太強，要記住醫生的天職是要治療病人，救人的，病人是來接受治療，不是來找麻煩的。

N010 病人要信任醫護人員，不要試探，應該坦承所看過病的情形及病情，對於不瞭解的地方應該和醫護人員討論，而不是只以自己（病人）所瞭解之處（偏見）就認為醫護人員是不對或隨便亂講。如果病人不信任醫護人員，那麼，病人無法獲得最好的醫療照護，而醫護人員也會覺得很無力。

（是否病人對醫護人員的信任度不夠，醫護人員如何讓病人產生信任，而信任也是醫護人員工作的動力）

## 配合

N006 對於醫護人員給予的建議應該要確實作到，要配合治療計畫，如此，對於疾病的預後較好。

D007 還有病人應要配合醫生的處置。

N009 病人要能夠瞭解就醫的流程及醫院的政策實施。

N010 病人有責任在住院期間配合學習醫護人員所給予的衛教。

### 其他

D010 病人不是學好如何當病人才來當病人，但是醫護人員是選擇要當專業人員的，所以醫病關係和諧操之在醫療提供者手裡。

## (二) 醫療提供者方面

### 花時間和病人溝通

D002 和主要照顧者溝通，醫病雙方對治療要有共識

N001 和病人及家屬充分溝通，及團隊間充分溝通

D005、N008 也要知道病人的權益及自己的責任，工作倫理，醫病雙方溝通的方式應要加強，不要激烈，要知道病人及家屬的需求，要接近病人，醫院應要提供家屬（照顧者）休息的場所（硬體設施），不僅要照顧病人也要照顧到家屬，家屬可以體會到醫院的用心，否則家屬的不滿及抱怨也會反應到護理人員身上，在本院對於家屬實在很不方便，既然無法剔除家屬，那麼就要把家屬納入照顧。

尤其是醫生應要和病人多溝通，醫生很缺乏人文的涵養，他無法表達對人的關心及關愛，我覺得只有內科（胸腔內科）的醫師很會表達，而外科醫生非常的忙碌，口氣很糟糕，他是不尊重人，連醫護之間的關係都搞砸了，醫生也罵護士小姐三字經，如何能好好對待病人，像這樣的醫生不把人當人看，把病人當成手術的東西罷了，沒有對病人關心就不會有用心，不會用心就不會有好的結果。

N009 要和病人充分溝通，發揮其專業，醫院的管理階層應要對政策的實施給予病人指引

D010 認真溝通的過程可以讓病人瞭解醫生在思考過程想了很多的事情，是為病人好，病人會感激醫生，醫生也要讓病人知道醫生不是萬能的，檢查也不是萬能的。讓病人的期待和現實更為接近。

D010 一定要花些時間來教育病人，如此，可以增加醫生和病人之間治療的期望，醫生可以獲得病人的信任。溝通的過程醫生會得到病人的信任，對治療結果的接受度會增加，不是對病人說：『健保局說這個檢查不能作』而是應該說：『這個檢查對你沒有必要，不需要冒這麼大的危險作這個檢查』，如此，病人會覺得醫生為他著想。時代變了，醫生也要變（要和病人溝通）。



D002 給予書面資料。

## 同理心

D002

N004 將病人視為自己的親人，可以將心比心，也更能瞭解病人的苦痛，在態度上審慎就能避免很多的錯誤。

N007 要視病人為自己的親人。

D007 提供的好的醫療品質，多站在病人的立場，多瞭解病人。

D010 一個好醫生必需是：sensitivity to human suffering, (對人們受苦的敏感度)，醫生應該要在訓練的過程被訓練成有同理心的醫生。同理的技巧乃是訓練醫生不要講太多的話，而是要聽病人要講什麼，最後幫病人說出他所要講的，要處理病人的情緒(以同理心來處理)。例如，『我知道你現在會傷心，很多病人都會跟你一樣』，醫生要有這樣的 skill, 現在醫病溝通對我來講已經變得很容易了，就是講出病人要講的話：『我知道你對我很生氣，我跟你一樣不希望它出現』 『我知道你對我很失望』 『我跟你一樣懊惱』，我們要讓醫生站在病人的身邊，而不是站在他的面前。但是，醫生通常沒有被教導如此的溝通，當還是醫學生、住院醫師時，所學習的對象也不是這樣做，現在的醫生也不重視和病人的溝通，因為『溝通』是不考試，寫論文也找不到資料，所以大家都不重視，但是在安寧療護是一項很重要的訓練。

## 態度

N001 要友善，願意與病人建立有好關係、要有愛心耐心微笑。

D001 醫生在對待病人的態度上是否親切，言語上的適當，都可以讓醫病關係更加和諧，醫生不是只是定睛在疾病本身及治療上，有很多的疾病其實是和心理有關，病人對醫生的解釋瞭解了，心理得到安慰，很多的疾病就因此痊癒了，很多的醫生看病時眼睛沒有看病人，只是一味的盯著電腦看，只為了要趕快看完病。

N007 態度與口氣要很注意。

## 專業

N003 護理人員要發揮自己的專業，護理形象要好，並且要對病人用心，說合適的話，態度要堅定，語氣要柔軟，技巧要純熟、正確，病人就會對我們有信心，以後在教導病人時，病人就較能夠接受。

N004 醫護人員應要有專業來取信病人，平常應要多充實及在為病人作技術時應要有自信、純熟度。

N006 醫護人員的專業技術，提供的服務符合病人的需求，病人的健康問題有被解決，要有耐心、親切和善的態度，對病人解釋，讓病人有自主決定的權力。醫生應加強與病人和家屬之間的溝通，因為良好的解釋、溝通可以減少糾紛。

N010 要對病人誠實，該給予病人的還是要做，不要打馬虎眼，各項常規應按規定執行。

### **傾聽、關懷病人**

N002 護理人員應該要關懷病人的想法。

N005 傾聽病人的心聲，進而幫助病人真正的問題；醫生的專業又夠，又可以和病人互動。

D009 醫生要有視病猶親的態度，委婉的向病人解釋病情，作任何檢查要親自解釋。

### **醫生的 loading**

D010 由於台灣醫生的 loading 相較於歐洲國家的醫生，一個早上只有看二個病人，而台灣的醫生在值班 24 小時，隔天還要再上班，實在非常的辛苦，而且醫生的每項處置都是在抉擇，疲憊的身心很容易發生處置問題，醫生也是人，也會有體力上的負荷，無法做到對每個病人都是和藹可親，但是醫療是服務業，仍要以服務病人為目的，所謂顧客至上，所以既然已入了這一行，就要有所體認。有關於與病人溝通及醫學倫理等課程，在我們這個年齡的醫學教育上並沒列入安排，後來在畢業後的醫學教育就有安排上課，現在則是將課程納入安排在醫學生畢業前。

D004 雖然說醫師要對病人客氣，表面關係要好，要對病人解釋，沒錯，若有時間醫師應當要做這些事情，但是目前在台灣是作不到的，因為一個病人的門診時間分配不到一分鐘，在台灣的醫療體系，最重要的是醫師要真才實學，對病人的疾病要充分瞭解。若是醫病兩者關係惡劣，彼此對不上，那麼，病人有權選擇醫師，醫師也有權選擇病人，只有急診的醫師不能選擇病人（醫師法有此法條）。

### **護理人員的壓力**

N002 其實護理人員也是面臨很大的壓力，尤其剛畢業的護理人員是很年輕的，她們還有很多要學習，必需給她們一些時間。

N007 每位醫護人員照護病人數應是合理的範圍，才能提升品質，否則醫護人員常常要到下午兩點還無法吃午餐。

### **醫護人員的心聲**

N004 現在媒體不停的報導片段、不實、斷章取義的醫療事件，如此的報導對醫

療殺傷力很大，但是民眾對於這樣的報導接受度卻很高，民眾就認為如同媒體的報導，醫生、護士就是這樣，因此，病人就醫時存在著質疑的態度，如此也讓醫病關係感到很緊張。

D007 要忍耐病人的不信任及無知，有些醫生和病人關係很好，而沒有專業及倫理，就會給病人很錯誤的處理，例如，不需要開的刀，他就叫病人開刀，完全是利益導向，若是病人心目中的好醫生只是親切，那麼就是無知。曾經有位 20 幾歲的孕婦，在某醫院檢查 CA125 升高（腫瘤指數）醫生告訴病人說他子宮裡長了腫瘤，要將子宮切除，後來這位病人來讓我看，其實，病人的子宮裡是個黃體，懷孕滿三個月就會消掉，而且懷孕時本來 CA125 就會升高，實在是很糟糕的醫院。

其實醫療已經過剩了，為什麼醫院還一直開設，義守大學還成立醫學院，醫院一直加床，醫院要賺錢，因此就叫病人作一些不必要的檢查，這樣總額如何會足夠呢？（資源有限還一直開醫院）

N009 醫病能發展其默契，病人可以得到他應該得到的，醫護人員為病人指引時會較為順利。

## 六、醫病關係如何影響您的醫療行為？

### 不因醫病關係不和諧而影響治療

D003 醫師與常人一樣也有好惡，縱使關係不好也不會影響治療的給予，該治療的還是會治療，因為關係不好更應要小心，才不會引起糾紛，若病人讓醫生看病的心情不好時，醫生也會很討厭此病人，但是不致於會給他亂開刀。

N001 每一位醫護人員心中都知道應該要有的規範，並且應以何種的態度來服務病人，較少因為醫病關係而影響對病人的照護行為，例如，有些病人不好惹（很囉唆），那麼，醫護人員會互相提醒，避免造成醫病間的衝突，但是對其照護品質仍不變。

D001 但是不和諧的醫病關係並不影響的我醫療行為及對病人的處置，一遇到情緒不好時，我會戴上口罩以遮住我的臉，不讓病人看到我的不好臉色，也會找同事訴苦、找機會將情緒發洩。

D004 不管醫師心情好壞，縱使病人罵醫師，討厭醫師，當醫師在為這病人開刀時仍要以平常心去開刀，醫師仍要盡自己的力氣去作，這是基本的修養，這就是醫學教育的一環，不管醫病關係如何，醫師應該要做的還是要做。

N004 該做的護理不因為醫病關係而有不一樣，挑剔的病人仍然要給予護理，只是較不會跟這樣的病人談心、話家常，反而會讓護理人員不敢去接近這樣的病人（該做的做完就好了），我們會防著這樣的病人。

D005 醫療應當要做的還是要做，不會因為關係不好就會少作。

N005 就算是關係不好，該做的事還是都要做，不會因為關係不好，就不去照顧病人。但是關係好，是會多一些的照顧及互動。

N007 醫病關係不好並不影響護理行為，例行的工作該作的還是要做，急診的護理人員照護這麼多的病人，其實能把基本的做完就已經很不錯了，那能要求她關心病人的心理等層面。

D007 醫病關係不好我也不會少了應給她的治療，這是基本的倫理，但是醫病關係很好的話，病人會很愉快，我也會很愉快，大家都會享受這種關係。

N009 病人會抱怨一定是有哪裡不清楚的地方，醫病關係不好並不會影響我該給病人的護理。

### **關係不好則更換照護人員**

D005 在門診醫病關係不好我就拒絕此病人，我可以不要看這病人，在住院時，關係不好也可以換主治醫師，從另一醫生（方面）切入讓病人接受。

N006 醫病關係不好的話，醫護人員也會抗拒去照顧這個病人，但是護理人員都會本著本業照顧病人，病人與醫護人員的關係不和諧，可以更換病人的主護士，以另一護士來照護。常規的護理不會因為醫病關係如何一定會作，關係不好有可能會出現減少主動照護。

N007 若病人與小姐關係惡劣才會調開護士小姐到二樓，而改換其他護士小姐照護。

N008 當醫護關係不好時，當事人要向病人解釋之後，也會將他調開照護其他病人。

N010 當醫病關係不好時，縱使醫護人員作得再好，也不會受到病人的接受，所以可以更換醫護人員。

### **關係不好則要很小心及多作檢查（保守、防禦性醫療）**

D001 有些較為囉唆的病人，整個醫護團隊都會格外的謹慎小心，有些醫生會多作些檢查，以免日後發生醫療糾紛，有些醫生則會將醫病關係不和諧的病人試圖轉給其他組別同仁照顧。

D001 在護理人員方面，對於囉唆的病人她們也會互相交班通知，看得出來大家做事都彘手彘腳的。

D002 當醫生與病人關係緊張時，醫生也會意識病人可能會有要告你的時候，醫生的處置會趨向保守，但是保守並非是錯誤，例如，醫生會很詳細的將對病人的處置記錄在病歷上，再和病人討論，要病人簽下同意書，(訴諸於文字)來保護自己。也會多作一些檢查來輔助醫生的說法，這些檢查可能是可做也可不做(防禦醫療)。

N002 對於關係不好的病人，照護上要更小心，而且要做得更多，不能讓病人抓到把柄。

D008 醫病關係的和諧與否一定會影響醫生的醫療決策，如果彼此信任，那麼醫生在作醫療決策時必定會站在病人的角度思考，若是醫病關係緊張時，則醫生會站在自己一方作防禦性照護思考，因為醫生要自保，此時，不以病人思考為出發點，病人是沒有好處的，狀況也不一定改善，防禦性照護雖然對病人沒有傷害，但是病人會接受到本來不需要做的檢查。

D009 每種藥物都有副作用，每個醫療行為都有醫療風險，醫生為保護自己，降低醫療糾紛的發生，行為上趨於保守。若醫病關係和諧，病人也信任醫生，那麼醫生可以放心作醫療。

N010 但是與病人關係不好，並不會影響所給予的照護，該作的還是會作。若與病人關係不好更應該要做的好，因為病人會挑剔，更不能漏掉。他會覺得他應該得到的就要求妳要給他，現在的病人沒有像以前的病人那麼厚道，以前的病人會感激醫護人員。

D010 醫病關係不好時，醫生更是不能作錯事，關係好也不能作錯事，因為病人翻臉像翻書一樣。

## 其他

N003 對於關係不好的病人，有些的衛教就不給予，因為怕病人會質疑。透過在會議室護理人員之間的互相吐苦水來發洩心中的悶氣，之後就可以以另外一張臉到病人單位。

N008 醫病關係不好連帶著病人拒絕所有的護理活動，當關係緊張時護理人員就必需去化解，反而要做的更多與病人建立好的關係，所給予的衛教病人才能聽進去。

D009 自從實施總額制度之後，醫病關係不和諧，醫生做起事來綁手綁腳，心中想著，此病人是否會發生醫療糾紛。

D010 也許我和病人的醫病關係不差，可是我還是會擔心，是否有哪些問題沒有幫病人想到的，所以好的 knowledge 及 skill, 還是很重要的 (performance),

書上說：『有再好的 knowledge 及 skill 也無法彌補溝通拙劣所帶來的問題』，溝通好可以讓病人看到醫生好的 knowledge 及 skill。今天不是作錯事才被病人告，若是作錯事被告，其實只要賠錢就好了，而是病人對醫生及醫療的期望太高。

## 七、總額支付制度導致醫病關係不和諧的原因有哪些？

### 健保局沒有宣導（教育病人）

N001 健保局所執行的總額支付制度沒有對病人宣導，因而病人在就醫時不瞭解政策的改變，因而與醫院發生衝突。

D002 保險單位沒有告知被保險人給付的範圍，也沒有告知醫療提供者可以提供的範圍，只是以籠統的總額來操作，並沒有告知分配的詳細作法，讓大家都混亂。

D005 健保局不當的宣傳，健保局並沒有將總額制度對社會大眾說明，他只說他給全部的醫院同樣的錢，且照著去年同樣的營運量給錢，但是他沒有說他給醫院的錢打八折，而且還要更減少，因為如果門診超過 45% 不給錢，住院減少於 55% 又會被砍錢，因而讓社會大眾以為，總額就是維持以前服務的資源，其實資源是減少的。

N005 病人最常說的一句話：『為什麼以前可以，現在不可以』，而且病人還會問：『我有健保也有勞保，那麼是否我可以用勞保看病』，很多病人的觀念還會留在以前的情況。

N005 健保局應該有正確的資訊給予民眾（很多的病人認為大醫院的藥會比小醫院的藥效好）。

D008 總額制度的實施，健保局把壓力丟給醫院，而醫院把壓力丟給醫生，又大環境沒有教育病人，醫生也沒有相對的認知，因而產生醫病關係的緊張。

### 醫療資源的節制誰應負責任

給付：

N001 健保局給付給醫院的費用太少，又要求品質不變，醫院經營的負擔越來越大，病人行為也沒改變，病人所付的保費沒有增加，但是要求醫院要更多的服務，因而導致醫療的支出都要醫院自行吸收，現在的健保政策對病人而言是俗擱大碗，但是對醫院來說，健保局為確保自己的財源不致於虧損，因而把所有的重責大任都要醫療機構來承擔

配套措施

N001 雖然醫療資源的節制是大家共同的責任，但是要病人、醫院、健保局三方面都要很清楚遊戲規則，及要有配套措施，只是一味的要醫院去負責，這對醫院來說是很大的負擔。

## 醫院的因應、成本考量

D003 總額支付制度的實行，醫生所提供的照顧有成本的考量，醫療行為會因為健保費用制度的影響，例如以前病人看病可以拿到比較多，比較好的藥，現在因為總額的實施沒有辦法開很好的藥給病人而是以便宜的藥來取代（以國產的GMP藥物取代進口藥物，否則醫院會虧錢），不僅藥物的種類有限制，醫院也會限制醫生所開給病人的藥量，所以醫療的品質會有影響，若醫院想要獲利多一些時則會從藥的價差來動手腳。有些病人知道醫生所開的藥和以前有所不同時，有些病人也會不高興。（絕大部分的醫生還是認為進口藥優於國產藥）

醫院實行總額制度，也會將額度分配給各科，各科再分配給各醫生額度，所以醫生一個月可以開刀幾個病人是被分配好，很多的病人也就排不進來開刀。因為多做會多虧錢，所以總額制度讓大部分的醫生很反彈。

N002 實施總額制度會讓病人對於醫師所開的處方有更多的疑慮，因為病人覺得健保局在藥物上有管制，因而懷疑醫師的處方不夠好，容易引起醫病關係不和諧。

N004 由於總額制度會讓各科考量到成本及多看病多了（虧）錢，因而將病人轉院。

N007 病人的量增加，但是醫院收入及品質都沒增加，人力也沒增加，照護病人的品質就不理想。

D009 病人就醫時掛不到號、用藥和以前不一樣、未能住院，都是讓病人不滿的原因，因而導致醫病關係不和諧。

N010 住院天數，耗材、人力的嚴格控制。

## 總額不影響醫病關係

D001 總額支付制度在目前並無影響我和病人的關係

N003 我認為總額制度沒有影響到醫病關係。

D007 我覺得總額支付制度並不會導致醫病關係的不和諧。

D010 總額實施之前是論量計酬，病人的功能提款機，因為，病人不想作的檢查，開的刀，醫生會要病人作，總額之後，病人的角色是來吃蛋糕的，因為醫院的總額（蛋糕）就是這麼一塊，病人一來，醫院就少了一小塊，這一塊蛋糕一直

是病人所吃的蛋糕，醫院這時認為病人最好都不要吃到，醫院才能都留下一些。因此，在總額之前沒有把病人當成提款機的醫生，在總額之後雖然有所限制，但是對於這些醫生並沒有改變，(因為這些醫生本來就不會製造無謂的需求)。會留在這家醫院的醫生不是不喜歡錢，而是習慣沒有錢，想要賺錢的醫生早就走了，不會留在這裡。制度有所改變，但是不改變我們的價值觀，對我們沒有影響，所以不會影響我和病人之間的關係。

D010 病人會知道他是和醫療體系不和諧，而不是醫生個人的事情（而不是和醫生關係不合），我認為不因為體制上（總額制度）的限制而影響我和病人之間的關係。

### **其他**

N008 醫療資源的分配不均，醫學中心要負起照護重症病人，但是又要我們限制收病人。

## **八、請描述您心目中理想的健保制度**

### **健保是保險還是社會福利**

N001 健保制度是醫療保險也是社會福利，要有合理的保險費用，才会有品質的醫療。

D005 保險制度是救濟型或是福利型健保制度，國家是否有能耐去作福利型的健保制度。

D008 健康保險應該將社會福利制度與保險分開，對於付不出保費或沒有繳保費的民眾應該以社會福利幫助他們，目前的健保制度含有保險制度及福利制度，所以對資源的應用會產生模糊，因為保險制度就是使用者付費的觀念，對於自費的部份就是在節制醫療資源，但是現在有些疾病卻是不必有自付額，所以目前的健保制度是福利制度嗎？把社會福利當保險。

### **政治因素介入**

N001 政治人物也應有責任，保費不應被選舉左右，健保財務的問題不應由醫院來承擔，也應要另訂社會福利政策。

D005 保險制度應要脫離政策因素，沒有政治酬庸。

D009 健保不應受政治干預而遲遲不漲保費。

N009 健保也因為政治因素而有所影響。



## 醫療分級

D001 醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所，確實作好醫療分級制及轉介，各層級確實做好其職責及功能，各層級也都有能力接受轉介進來的病人，否則要轉介的醫院也沒有信心將病人轉出。若是能夠確實作到醫療分級，那麼，慢性病及固定的處置可以在基層診所進行，需要固定評估時再回醫學中心，對病人也較為便利，而醫學中心的病人也不致於過多，而是真正治療急重症病人。(醫療水準平均)

D003 沈富雄提出：健保制度保大病不保小病，是合理的。病人應該要付出自我健康控管的責任，而不是到處亂看病，如果是小病的門診，像是感冒可以自費的方式就不會浪費健保。

要有理想的制度先要看國民的水準如何才能配合（民眾的教育），及醫療的水準是否平均，若是醫學中心與基層診所的醫師水準差太大時任何制度仍是行不通，制度由那麼多的專家想出來的，制度本身都對，就看如何實行，何時實行，我們的教育，我們的民族性，沒有 share 的精神，很多病人沒有病也要多少拿個藥，不吃藥放著也很好（心裡安心）。

N004 健保制度對於弱勢、重大傷病、慢性病人較有優惠，我認為健保要保大病不保小病，這樣健保才不會虧錢。

N005 小病到小醫院看病，大病到大醫院看病，健保局應該有正確的資訊給予民眾（很多的病人認為大醫院的藥會比小醫院的藥效好）。

N007 民眾必需被教育大病看大醫院，小病看小醫院，而且家庭醫師（基層診所）制度應要落實，而不是讓病人到處亂跑，讓一些醫院也到處丟病人，本院是醫學中心又要看大病，又要處理小病，還要接受別家醫院所不要的病人（他們只看可以賺錢的病人）。

D009 應推動雙向轉診，大醫院將病人轉給值得信賴的基層診所，而基層診所的醫生一遇病人情況不好時也需再轉回大醫院作檢查，此為雙向轉診。

N009 我認為今天所實施的轉診制度是對的，由於醫學中心的掛號費加上部份負擔由原來的 310 元漲價為 460 元，病人已經明顯少了。

## 健保局的因素

N002 健保制度對於弱勢團體有他好的地方，但是台灣的社會充滿了唯利是圖，健保局是否應有更好的稽核制度來督察一些不法的醫院，像是，讓病人掛號領綠油精、換胃散的不法行為，徒浪費健保資源，反而對於正派經營的醫院施壓，如此將會劣幣驅除良幣。

N003 健保局應該要對民眾宣導慢性病人的住院天數以及費用，雖然未達出院天數（慢性病人可以住院 30 天，30 天後開始部份負擔），但是病情穩定了，病人依然不願出院，仍然要住院到 30 天。

D005 有些新的醫療方式健保沒有能力給付，但是又不允許病人自費補助差額，例如，一般性支架費用 3 萬元，有六種情況健保會給付，若健保局願意補差額的話，病人只要再付 4 萬元就可以裝塗料性支架，感染率可以減少一倍，但是現在病人被迫要全部自費裝塗料性支架，健保局害怕只要一開放塗料性支架的給付，就會像美國一樣大家一窩蜂的裝置塗料性支架，因而造成健保給付會增加。健保局該作沒去作，藥價黑洞的存在怪醫院，其實不是靠著醫院自行去和藥商殺價，而是應該健保局和藥商殺價，而去除藥價黑洞，又鼓勵以台製藥取代原廠藥成本只減少 15%，又藥效不確定。

N006 健保局不瞭解臨床的醫療生態，對於給付等事項的制訂應該要多聽取醫療單位及民眾的聲音，尤其是臨床單位的醫護人員。

N008 健保局所要設計的支付制度應要讓醫院的營運沒問題，醫院的營運出問題如何照護病人，結果病人是最大的輸家。

N010 健保局應該代表全體的醫療院所來跟藥商聯合採購，這樣才可以降低用藥的成本，因為用藥是醫療成本花費最高的項目，所以健保局應該針對花費最高的項目去作解決。不是以少數醫療院所的不法行為，就下一道命令來規範所有的醫院。

### **部份負擔、保費**

D002 健保應該是有限度的保險，也就是要有付費的觀念，病人的部份負擔要提高，以減少不必要的保險花費，而現在的保險是吃到飽。

N003 應該要提高病人部份負擔，如此可以杜絕醫療浪費，無限制的使用。

### **其他**

D007 要超越人性的弱點，比如說，醫院不要管我賺了多少錢，我不去想醫院的營運及給付之下來為病人做該做的事，憑我自己的良知來使用醫療資源。

只要醫院告訴醫生說看診要減量，醫生就會配合，但是要給醫生時間讓我們來疏散病人，而不是突然就把門診給鎖住，這樣病人會抓狂的；醫院管理階層用管理來壓住病人的需求，為達到目的，沒有信任醫生專業的判斷，他沒有當過一天的臨床醫護人員，他不知道什麼叫做生病。

D010 把醫療品質當成是首重任務，將整個醫療體系的水準平均，提供同樣水準的品質。最終目標是要有健康的人民，而不是要賺多少錢。病人不要因為生病而影響經濟。健保存在的目標是什麼？要想清楚。

## 附錄六

### 五、請分享一件醫病關係不和諧的案例

#### D001

病人說翻臉就翻臉，無論在之前是否給予很好的 care，病人的翻臉就和翻書一樣的快。10年前我有一病人，當時有骨髓炎而且發生院內感染，經過治療後，此病人對藥物有很好的反應，很順利的就出院，當時病人也很感謝我給他的處置，7—8年後，此病人發生長短腿的現象，因而告我，醫院不處理這件事，只是說若我沒錯，就不要理他，而且醫院要我自己私下解決，雖然病人家屬在告我的過程仍感謝我當年給他的治療，但是希望我還是可以賠償他一些金錢，我也飽受煎熬，而且在告訴的過程要歷經很長的時間，所以最後我也就以私下解決的方式，以金錢解決此事。

#### D002

有些家屬無法接受病人病情突然有變化，常會責怪值班的醫生太慢來看病人。

#### D003

我在當總醫師時有一天值班，實在是很累，而當晚有個病人來急診求診，因為當時院方的規定，凡是急診的病人就要做整套的抽血檢查，所以我當時也很害怕這個病人會掛號，(我希望她不要掛號)，因此在電話中瞭解她的病情，我也就勸此病人不要掛號，只要吃吃止痛藥就可以了，我怕她耽誤我太多時間，那時，病人也同意就離開急診，後來被急診的護士告了一狀，說我當時不讓病人掛號，把病人趕走，而病人很傷心的離開。

又有一病人因為開刀時某輔助器具沒有放好，因而在開刀後病人走路不順，病人也因為這件事求償，當時醫院以醫生的互助金 50 萬元賠給此病人，病人也在 6 個月後腳恢復了走路的功能。

## D004

前幾天發生了一嬰兒生下後沒有手指頭，媒體的報導為主治醫師在孕婦產前檢查時未告知，其實這是不公平的，產前檢查的超音波怎會特別注意嬰兒的手指頭呢？而且健保規定，產前檢查的超音波檢查在懷孕過程只有一次的健保給付。媒體特定找了一個婦產科醫師訪問，那個醫師說：『嬰兒無指症可以由超音波得知』，這真是說風涼話，在沒有家族史的情況下是不會特意注意子宮內嬰兒的手指頭。現在談醫病關係，其實並不是為病人好，完全就是為了醫生不要出事罷了，我認為醫德並非以醫病關係來看。

## D005

有一次在門診看病時，病人要求打點滴，並且說他沒有體力，我當時認為此病人不需要這樣的醫療，當時病人又吼又叫，而且也去告了，行政人員來告訴我：『你就幫他打一針吧！免得病人又吵又鬧』，這種情形就是非醫療干預醫療。

## D006

有一次手術時把病人的輸尿管弄斷了，因為和病人關係好，也向病人家屬解釋也得當，所以病人並無怪罪，病人大概多住院一個多星期，後來此病人排尿也都沒問題。無論醫生如何的小心或是技術很熟練，醫療疏失也都在所難免，只是疏失事件大小罷了，當疏失發生時有時不會讓病人知道，病人不知道就不會有事了；有時一定會讓病人知道，是因為手術和原來有所不同，但是在對病人解釋時，也會有技巧的帶過，此時對病人的解釋往往是有隱瞞的，雖然對病人不是很公平，但是當疏失發生時對醫生的保障也很不公平，醫生的付出和獲得也不是很有保障。

## D007

有一病人吃避孕藥的方法完全不對，導致陰道出血，她在檢查台時不能合作，一直扭動，無法讓我檢查，他很 nervous，當我把壓嘴（子宮擴張器）放到她的陰道裡，他就扭動，其實我已經選了最小的壓嘴，因為病人很多，我很焦慮，我希望她不要動，怕其他病人會等很久，所以我就講了一句話，並不是故意要羞辱她，這一句話讓她不高興。又她的口服避孕藥完全吃錯，所以我就說了：『妳怎麼沒有讀裡面的說明書呢？』。

二個星期後，她在首長信箱寫了一封很長的信罵我。後來，我查到了這個病人，並且

打電話去跟她道歉，而且也跟她說，那封信讓我很傷害，我沒有要羞辱妳的意思。

我很感嘆，其實我也可以限號，但是我沒有，而且從早上的門診看到晚上8、9點，沒有吃飯，沒有睡覺，完全是為了病人的需要，而且我也想教育這個病人，拿到藥總是要看說明書，並沒有要羞辱她的意思，誰知道她寫了很傷害我的信。

## D008

有一個病人在醫療的過程中導致呼吸衰竭，因而家屬與醫生之間產生衝突，家屬要求醫生在作氣切手術時必需百分之百的沒差錯（家屬要求100分），但是醫療是沒有絕對的，因此，醫生必需對家屬作防禦性解釋，因而也花了很多的時間，但是對此病人實在沒有好處，因為，此時的病人已經可以自己呼吸，但是氣管內管卻因為家屬與醫生的僵持不下而無法順利作氣切手術，而儘早拔除氣管內管。醫療緊張的原因可來自於（一）醫生處理過程不順暢，（二）家屬的過度要求。

醫生在照護病人的過程中，事前對病人充分的解釋、溝通，讓病人瞭解，關心病人，是非常重要的，並以病人為思考，但是溝通的過程是非常的花時間，所花的時間在給付中是看不到的。在論量計酬的機制中並不能引導醫生多花時間在病人身上和病人溝通，現在醫生的薪水仍以論量計酬計薪，但是在醫院實施總額的情況下，醫生人力成本的控制，醫生的工作量增加，所以要和病人做好溝通是相當的困難，只有留給有良心的人去作。溝通雖然花時間，但是仍然要做的，但是在給付上並沒有不同的待遇，因而醫生沒有受到鼓勵願意去和病人溝通，也就是總額制度的設計無法鼓勵用心、願意花時間和病人溝通的醫生。

## D009

醫生與病人平常關係再好，但是病人為達自己的利益時，說翻臉就翻臉，例如，某病人要開傷殘診斷證明書，經醫生判斷為不符合條件，所以拒絕病人的要求，結果病人大為憤怒。

## D010

我的小孩出生後作篩檢，知道為先天性疾病，主治的醫生通知我和我太太前去醫院，並且給我們關於疾病的資料看，當時我和我的太太一邊看資料一邊哭，這時營養師進來對我們說：『唉呀！你怎麼還在哭』，『沒問題的啦！』『我看你們就知道，會沒問題的啦！』。當時我們聽了這些話之後，很是生氣，而且我太太氣了好幾年，我們知道營養師講這些話

的目的是要安慰我們，但是，不要很快的安慰病人，不要叫病人：『不要難過』。

溝通時要使用的方法：很少安慰，不要評論，病人需要說明的時候，才說明，不需要說明時，要給他同理，不知道原因時要問。當醫生同理病人的心情時，病人會覺得醫生很瞭解他，因而會將心胸打開，接受醫生所告訴他的。處理情緒的方法不是用理性的。

## N001

一個病人住進加護病房時，有很多的家屬會來探病，有些家屬較常來，有些家屬不常來，常來探病的家屬總是比較瞭解醫生所說明的治療計畫及病情發展，後來因為病人的疾病進展不如預期，所以這些不常來探病的家屬這時也就跑到醫院來質疑醫護的作法（家屬間無法溝通）。又如，以病人家屬的眼光來看，放著氣管內管的病人是很嚴重的，更何況要轉出加護中心，雖然醫生與病人家屬已充分溝通，醫生也評估此病人是符合健保局的規定——可以轉出加護中心或是呼吸中心，但是病人家屬堅持不轉出，因此造成醫病間的不和諧。加護中心的床位適合急症者使用，本院又屬於急重症醫院，因而造成有需要的病人無法住進加護中心，但是，有關於加護中心床位的問題，健保局也從未宣導，而是由醫院來負擔其責任。

我所見過的醫病不和諧的情形是：病人家屬罵醫生、護士，或是威脅說：『如有發生什麼事情，你要負責』，也有透過各種關說不轉出加護中心，醫護人員只能一再忍受及開協調會，及一再解釋，但是家屬常是以『沒空』來拖時間，（因為病人要轉出加護中心，是需要得到家屬的同意）。

最可憐的是護理人員，因為護理人員是第一線工作人員，病人或家屬有任何不滿總是對護理人員發脾氣，把罪怪到護理人員頭上，而護理人員也常常要承受醫生與病人間不和諧的結果，病人也因此將怒氣轉嫁到護理人員身上，因而對治療的配合度低，造成護理人員的負擔。

## N002

有一個病人有老人癡呆症，有一天病人把身上的管子拔掉了，他的女兒很生氣的每天都到院長室、總值星官、內科部告醫護人員，病人家屬也和他的主治醫師弄得不愉快，後來就將此病人轉到另一科別繼續照護，轉到其他科後也又和他的住院醫師爭吵，也告了這位住院醫師很多次說：『使用藥物的劑量太強』，這個病人住院兩個多月，後來終於出院了，大家都很高興。

## N003

沒有遇過

## N004

我有一位小姐（指護士小姐）剛畢業來到病房工作不到一年，有一天上大夜班，常規在早上六點多要測病人的血糖，進到病人房間，向病人解釋要測血糖後即開燈（床尾的燈），因為燈光讓睡在躺椅的病人家屬由睡夢中醒過來，因而家屬很生氣，就質問護士小姐：為什麼妳不開浴廁的燈，妳這樣吵到我』小姐回答：『下次我會注意』（開浴廁的燈如何能夠看清楚測血糖），家屬並口出惡言：『妳知死』（台語），小姐嚇到了，到了早上八點，家屬又到護理站來找我告狀：『跟那個小姐說，從此不可進到我的房間』，護士小姐很委屈的跑到廁所哭了。

從人球事件之後我有很深刻的發現，由於媒體的報導影響醫病關係，且病人對醫護人員的不信任，媒體播出後，我曾聽到病人說：『妳不要以為我們都不看電視和看報紙…』，七年級生的護理人員她們的抗壓性不夠，所以身為資深者又要一邊保護她們，又要一邊教導她們，很多小姐（護士）受了委屈後，就說：『我不要做了，我爸爸叫我回去賣魚』（她的爸媽很捨不得女兒在醫院所受到的委屈）。

## N005

醫生在門診看診時，因為沒有很多的時間向病人解釋，或是簡要的敘述，病人就會覺得等候看病的時間那麼久，而看診卻只有2分鐘；有時候醫生為病人解釋時，病人聽不懂又再一次的問醫生，此時醫生的聲音就會變大聲，病人就去告醫生的服務態度不好。

有一個病人做完檢查後情況很好，於是從加護病房轉出到普通病房，當天就因為心肌梗塞死亡，因為有一條血管通了之後又塞住了，所以病人家屬每天到加護病房鬧，還打了解釋的醫生一拳，將醫生的眼鏡打破了，眼睛也淤青，家屬也會拿著棒球棍到加護病房威脅，我們也請了警衛來到加護病房，家屬就是認為病人死亡是不應該發生的事，也無法聽醫護人員的解釋，後來科裏也賠錢給家屬。

## N006

醫生若在事前和病人及家屬充分的溝通，告知醫療的風險，萬一病人遇有不幸的情況，家屬也較能夠接受結果。

## N007

在急診我們完全無法告訴病人他什麼時候可以住進病房，每天病人總是在問這個問題『我什麼時候可以住院』，連醫生也無法回答病人的問題，因此病人就會有怨氣，於是病人就會反應醫生、護士的服務態度不好，病人會罵我們，但是不能回口，也曾經有護士小姐被病人打巴掌，我們會找警衛來處理，leader 要被訓練成柔軟，要向病人鞠躬道歉。

社會大眾不應該因為一件人球事件的報導，就以為每個醫護人員，每家醫院都是如此，不知道哪一個雜誌說：『現在只有小學生對醫護人員還是尊敬的』。媒體真是過度渲染，其實有很多的溫馨事件值得被報導及鼓勵，有一主任十幾年來每天都是早上 7 點就帶領住院醫師在急診看病人，唯有一天沒有準時到，是因為颱風天他被招牌打到頭，所以變成病人住到急診，向這樣溫暖的故事，並沒有被報導。其實有很多是不當的病家，癌症末期最後死亡了，就抬棺、找黑道，卻沒有媒體說這個家屬是不對的，醫生不是神，醫生也會得癌症，而且病人有樣學樣，真是令人寒心。

## N008

醫生在醫療團隊中是個 leader，他覺得他有相當大的權力，因此，他沒有辦法接受病人或家屬的問題（質疑），否則他就會很生氣，並認為病人在反駁他。

有一個大學生發生車禍，腦部受傷開刀後進入加護中心，媽媽很心急就帶著『符水』到加護中心，醫生看到了就很反彈，問家屬：『你要幹什麼』（口氣很不好），家屬說：『你要那麼大聲講話嗎？』，醫師說：『你說什麼』，就很生氣的告訴護士小姐：『你去跟家屬講，告他兩次病危』（在病人面前講），醫生如何能阻止家屬的宗教信仰。病人是弱勢，但是也沒有辦法，因為就是在這醫院就醫。

醫生認為家屬的知識不夠，所以在解釋病情時並不充分，一旦發生非預期的合併症，醫生也會嘗試去拖，為了要推卸他的問題。有一直腸癌的病人開刀後，轉至普通病房時就在病房發生休克，在等候醫生的時間，病人家屬情緒已經無法控制了，最後病人死了，家屬有很大的遺憾，因為家屬極力的勸病人要來開刀，最後卻是造成病人的死亡，家屬病人死亡對於家屬是非常的痛苦，家屬無法釋懷，而且醫生對於過程的所有解釋都是說自己是對的。當對於疾病的預後不是很清楚時講話不能太自滿。

我覺得是醫生不夠尊重人，而是要謙虛，知道自己能力的限制，其實家屬需要的是合理的解釋，不要強詞奪理。不要認為家屬什麼都不懂，當時醫生對家屬說：『我的手術都沒問題，幾萬分之一會發生的事，我哪有辦法』，其實他可以再解釋得更好，應要讓家屬感受到關心。家屬需要一些時間，他會自己瞭解的，但是，若醫生一直強詞奪理，反而讓家屬



覺得有問題，認為醫生沒有講實話。

醫師認為自己高高在上，遇到了家屬的質疑，就認為是家屬在挑戰醫師。溝通非常的重要，有好的溝通就會讓糾紛由大變小。

## N009

有一個 A 科病人掛不到號，病人認為醫院沒有宣導，所以病人不知道有限號的情形而堅持要拿藥，該科主任認為此病人只是要拿藥，所以就將他轉到 B 科，而 B 科當然也不願意讓病人掛號，因為 A 科將病人轉給了 B 科，也就是將成本轉嫁到 B 科。A 科主任後來雖然願意為病人開一個星期的藥，但是病人認為一個星期之後他仍然無法掛到號拿藥，病人非常的生氣，已經快要打人了，病人也聽不進去我所說的話，所以我就打電話到院長室，我也哭了：「我不想要做了，我們沒有辦法處理病人的問題。」病人的怨氣已經沸騰了，當天我處理了 5 個同樣的病人。

## N010

病人的認知與醫護人員的認知不同，例如，住院的天數兩者認知不同，醫護人員有健保的規定因而會告訴病人已經要出院了，而且有些疾病並非是完全康復才出院（恢復期就可以出院），而是回家後病人的自我照顧，但是病人認為他的病還沒康復。