



醫病關係

——兼談醫師的定位

及自我調適

前言

我國將於民國八十三年實施全民健康保險，是為我國增進社會福利的重要政策。此為政府應用保險技術，排除民眾使用醫療的經濟障礙，以保障民眾享有健康照護的基本權利，與國家的社會背景與政治發展息息相關。不但能穩定社會結構，也有助於鞏固執政地位，堪稱頗具政治智慧。

自然而然，新的互動關係，在醫療提供者（醫生）、保險人（政府）與被保險人（病人）之關，將因全民健保的實施而建立，傳統的疾病關係，也將呈現不同的面貌。

當不完全競爭的醫療市場被健康保險介入後，醫師本身所受到的衝擊是必然的，舉凡不同的保險特約關係，不同的保險給付內容和支付報酬方式，在在都會影響醫師追求效率、公平的動機，而改變醫師的工作負荷、期望收入、定價行為、執業型態、地理及專業分布，以及醫療技術與品質。醫師本身惟有認知了解事實，及早做好心理調適，才能為自己找到定位。

醫師的特性

成員的生命，所以不管在那一種社會，醫師這一行都有其需要性。

二、專業性—醫師由於養成時間較長，習得的知識較特殊，而使其專業性相當強，是別人不能取代及評價。

三、進入障礙性—在台灣，醫師向來為熱門行業，每年大學聯考總能吸引成績最好的同學投入，使得要進入這行不十分容易，有進入障礙性。

四、自主性—由於醫師的專業性，使得醫生在下決定、作診斷時，具有相當的自主性。無人可控制醫生，只有醫師本身能根據自己的經驗、學識、以及對疾病的了解，加以判斷，在判斷過程中，病人或政府常無法加以干涉。

五、在醫療團隊中的階級性—醫療團隊中，醫師一直是所有工作人員中階層最高的，其下有藥師、檢驗師、護士等，醫師本身常稱其他工作人員為Para-medical，而不願稱其為co-medical。醫師自己也常因年資不同而形成階級，從見習、實習、住院、到主治醫師，象徵階級的提昇。

六、對醫療資源的使用性—醫療行為產生時，對醫療資源的使用，醫師常比其他人有決定權。由於醫師的專業性、自主性，使醫師主導醫療資源的使用方式及使用程度，醫師可說是社會

八、不確定性—現在雖說醫學昌明、科技發達，但人類對於疾病的了解仍然非常有限，再加上病人之間的個體差異，所以醫生面對的情境，常是充滿了不確定(uncertainty)當然也有可能是醫生自己是庸醫，學識、經驗不足，無法確定。所以我們常見到症狀治療(symptomatic treatment)及保守治療(palliative treatment)影響醫療服務的提供。

此種不確定性也加深了醫師發揮專業自主權、壟斷醫療資源使用，鞏固社會階級，轉嫁社會責任的空間。

病人的特性

相對於醫生，病人又有何特性？

一、醫療服務需求性，每個病人需求程度各不相同。

二、感情性—醫生重專業性、自主性，對醫療行為結果能憑其經驗、學識判定；而病人既無專業知識，又無自主性，對醫療行為結果只好依他的感覺來判定，覺得治療有效，就還會再來找醫生，沒效，就換別的醫生。

三、配合性—為了得到所需求的醫療服務，病人只好配合、進行一切必要的檢驗，忍受治療的副作用。

四、付費性—病人必須付出一定費用，才能得到醫療服務。故「貧、病交加」是常有的事。

五、羣眾性—生老病死是人生必經過程，所以誰都有可能變成病人，而不管你的貧富賢愚階級如何，就連醫生自己也會變成病人。病人可說是一個大規模的族群。

六、不確定性—病人同樣也面對不確定，不能確定自己的病情，不能確定醫生的治療是否必要，不能確定何時會生病，這使病人常懷有不安的心理，出現求助的行為，因為生命是病人自己的，不是醫生的，醫療行為結果如何，病人都必須承擔，而無法像醫生一樣可轉嫁他人。

全民健保— 一個對醫病關係省思的機會

傳統醫生病人所建立的醫療行為模式，在健康保險介入後，起了很大變化，例如公勞、農保實施後，出現的種種現象。而當全民都成為被保險人後，醫生和病人又會呈現什麼樣的關係呢？全民健保，正是提供我們一個對醫病關係省思的機會。

先談一些概念性的東西。全民健保一象徵「醫療社會化」的趨勢，加強公權力介入醫療分配。政府把過去對醫療行業放任態度所造成醫療資源不均，醫療資源濫用等現象，做體制內的改革，逐步擴大現在的公勞農保，並加以整合，對醫療體系進行規劃，並期望利用保險給付的經濟因素，建立醫療費用支付制度，以給付內容、給付限制、部分分擔等手段來規範醫療行為。

此種帶有共產主義色彩的改革手段，用在醫療行業上，對醫病關係有何影響？

一、醫療提供者和需求者的地位逐漸拉近。

由前面對醫師、病人的特性分析可看出，醫生和病人絕難立於平等地位，由於醫學知識的差距，醫師和病人常是上對下的關係，醫師既有權，又有能。而當全民健保實施，病人取得醫療服務的限制可望減少，相反的，醫師在提供醫療服務的限制卻增加，兩者的地位可逐漸拉近。

二、在面對醫療結果時，醫生的專業性及病人的感情性可減少。利用支付制度，給付內容規範醫療行為，則醫療服務的提供不致彈性過大，醫療結果也儘可能以保險立場來解釋，醫生不必太對病人強調專業性，病人不必太依賴感情性判定醫生。

三、對於不確定性，醫生無法再加以逃避。精確的診斷，必要的檢驗及給藥才能有保險給付，醫師的業務責任會更明確。而病人的不確定性也將因醫師業務責任確立而減少，不必擔心何時會生病，不必擔心醫生的治療是否必要，兩者關係逐漸穩定。

四、醫療糾紛—醫病關係的不和諧會越來越多。病人權利意識的抬頭，在保險給付下得到加強，甚而會出現所謂的「消費者意識」。醫病兩者關係穩定是穩定，卻是一方消，一方長，若是平衡不過來，摩擦、對立或衝突就難免了。

五、醫病關係去人性化—理想的醫病關係當



是充滿人情味的，彼此信任、合作，共同維護健康，對抗疾病，醫生站在幫助病人的立場，盡其一切努力，病人也予以最大的配合。但現在的醫病關係常是去人性化，兩者愈來愈疏離，所關心的是「病」，而不是人。全民健保後，去人性化情形會更明顯，因為當給付內容規定越多，內容越細，保險財務精算責任越精越細算，支付制度打壓醫師生存空間，則大家斤斤計較的，就在錢上面了，醫師越來越懶得去接近病人，則醫病關係只好是「business is business」。

結語—醫師的 自我調適及定位

一個制度的產生，必有其時代背景及因素，全民健康保險之于台灣自也不例外。在台灣，由於自由放任醫療事業，使得醫療經營着重市場導向，出現了醫師專業壟斷，大型醫學中心資本集中，醫療資源集中分布不均，醫師成為賺錢行業，醫學系為熱門科系的現象，然而，一個社會中，病人畢竟佔多數，醫師只是少數，醫生得利太多，權力過大對病人並無好處，所以全民健保就是病人組織起來，透過最大保險公司—政府，向醫師討回應受保障的權利而已。這全是社會變遷下的現象。

當然，最難調適還是這一代醫師，他們眼見上一代醫師所曾擁有的社會聲望、經濟地位，要在自己這一代逐漸失去，當初曾吸引他投考醫學系，加入醫生行業的理由慢慢不見，心理自然很難平衡，而上一代醫師造成的社會成本，歷史包袱，卻在這一代承擔，可以想見也必迭有怨言。

話說回來，全民健保，還在規劃試行階段，離成型還有一段距離，雖說要在八十三年實施，定下時間表，但可能還是邊做邊修，這一代醫師對此制度仍有所着力的地方，就是引導政策方向朝合理的給付內容，支付報酬方式，尊重智慧財產權進行，亦保障醫師合理合法的權益，病人也

制度，個人還是有自己選擇的權利。制度是死的，人是活的，自己仍然能秉持自己心中的價值、信念，好好扮演一個醫生的角色。試把自己的成就定位在服務病人，一切以「人」為本，尊重病人，也尊重自己是「凡人」，熱愛生命，心胸闊達，你會發現你早已跳出全民健保，體會到做一個好醫師、好人的愉快心情。 E