

管理式醫療照護下的醫病信任議題

江弘基 李 蘭

在醫療費用高漲及財務有限的壓力下，世界各國爭相仿效管理式醫療照護的做法，然而根據美國近年來的實際情況，管理式醫療照護使民眾對醫療體系與醫師的信任感降到谷底。在限制病人就醫的重重管制措施之下，傳統醫學倫理中病人至上的宣言，已不必然能為醫師取得病人的信任。醫師如何面臨專業堅持與經營績效的兩難，乃維繫醫病信任關係的重要關鍵。本文說明管理式醫療照護對醫師產生的衝擊，並藉由分析醫病「信任」的本質及成立的條件，探討問題的可能出路，以供國內參考。

關鍵詞：管理式醫療照護、信任、醫學倫理、專業化
(醫學教育 2002；7：95~105)

前 言

近來全民健康保險的「雙漲政策」不但引起社會各界強烈反應，更引發立法與行政之間的對立攻防。民眾除了親身體驗政策的實際衝擊之外，對於相關政策的辯論，無論是「杜絕浪費措施必優先於保費調漲」或是「保險費率依健保財務狀況加以調整乃於法有據」，理解究竟有多少？健保開辦以來，大部分焦點放在財務及醫療支付制度上，醫療品質在總額預算實施之後，總算逐漸浮上檯面，但醫病關係議題受到關注的程度卻遠遠落後，是否因為健保歷年民眾滿意度都高於 70% 以上而不成問題？

更何況滿意度能否反映醫病關係的品質？加上媒體誇張、放大鏡式的報導醫療糾紛，姑且不論其內容是否具代表性、客觀或平衡，似乎已經提出醫病關係可能惡化的警訊。

健康保險制度會影響醫師及醫療機構的行為，已是不爭的事實。但是，更深層或更需要關心的是，在健保法規（尤其是醫療費用支付制度）不斷改革、異動的情況下，病人對醫師的信任程度是否受到影響？為探討此問題，以下先以美國管理式醫療照護的發展過程為例，說明醫病信任關係所遭受的衝擊；然後藉由闡述「信任」的種類及形成條件，分析傳統醫學倫理與醫學專業所遭遇的挑戰。

國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

受理日期：91 年 12 月 17 日；接受日期：92 年 3 月 19 日

通信作者地址：江弘基，臺北市仁愛路一段 1 號 15 樓 1522 室 台大衛生政策與管理研究所

「管理式醫療照護」 的風潮及其影響

美國民眾對醫療體系的信任低落

根據報導^[1]，在 1997 年到 2002 年之間，美國民眾對於社會上公、私部門領導人的信心，呈現下降的趨勢。其中針對「醫療服務部門領導人」的信心指數，在五年之內從 73% 下降到 29%，主要原因包括民眾教育素質提高，以及人們普遍認為當局者並沒有把重大社會問題當一回事來處理。事實上，從七〇年代以來，美國人民最擔心的問題是醫療費用上漲及沒有健康保險的人口，然而醫療部門領導人在面對全民健保的建議方案時，不但沒有支持，甚至加以反對。而美國民眾對「醫療體系」不信任的原因，除了種族間的不平等外，「管理式醫療照護 (Managed Care)」的興起，更是關鍵的因素。

制度特性與醫療型態

「管理式醫療照護」是目前美國醫療服務型態的主流，由於被公認是最能夠控制醫療成本及確保品質的利器，已成為各國仿效的對象^[2,3]。近幾年來，國內也陸續有多篇文章^[2-7]加以介紹，分析其優劣點，並探討適用在台灣的相關議題。美國管理式醫療照護從發展、成形、蛻變、到成熟，歷經一個世紀，依據提供服務模式及醫療費用支付機制，而有許多不同的型態與組合。因此，不少文獻在解釋管理式醫療照護時，常以「描述」取代「定義」的方式^[2,8]。為了便於瞭解，在概念上，可以從「技術」與「組織」來理解其中的意涵^[9]。本文為討論後續醫病信任關係，選擇與影響醫師行為有關的「技術層面」，作為說明的主軸。

在美國多元保險人與多元照護組織（或體系）之下，「管理式醫療照護」的主要特點之一，是「財務風險的轉移」。無論是保險人將財務風險轉移至「照護組織」（如 HMO, Health Maintenance Organization）或直接轉移至醫療服務提供者身上（如 PPO, Preferred Provider Organization），都給予醫療服務提供者「主動控制」醫療成本及支出的誘因。舉例來說，透過「論人計酬 (Capitation)」支付醫療服務的機制，使特約醫療服務提供者的所得總額固定，因此，醫療服務提供者對病人的照顧，從過去論量計酬的「營利中心」轉為「成本中心」^[4]。

在此控制醫療成本的誘因與動機下，限制會員選擇就醫的範圍（醫師或醫院）成為最基本的合約內容。若病人選擇在範圍外就醫，則會伴隨財務的障礙（如增加自付額或部分負擔）。醫療服務提供者比以往更重視預防醫學及疾病篩檢，為的是及早發現並治療疾病，以減少本身成本的支出。為了控制醫療利用率，醫療機構更積極發展審查技術（例如入院前許可及住院日的控管等）。醫療資訊的整合與分享，不但可以提供醫療機構作為考核及風險管理的依據；更可滿足保險人、消費者、政府及學術單位，進一步瞭解服務品質與健康成效的需要^[4,9]。管理式醫療照護的重點不再是單一病人，而是整個投保人口的健康維護^[2]。以上所述，都可算是管理式醫療照護下，醫療服務提供者為了因應制度改變與控制費用，所發展出來的管理技術。

從醫療支出的角度分析，「管理式醫療照護」比傳統健康保險制度的花費少，對住院費用與藥費有顯著的抑制效果。除了靠挑選較健康的被保險人之外，上述「管理技術」是主要功臣。「管理式醫療照護」對醫療品質也有正面影響，不過這項結論因缺乏健康指標的比對，仍待後續研究加以釐清^[4]。醫療照護組織

(例如 HMO) 非常重視現有與離開會員的滿意度，但滿意度與品質是否能畫上等號？雇主與被保險人在換約時，是否將品質作為續約或談價的依據，亦尚待觀察^[9]。

對於管理式醫療照護的詬病

「管理式醫療照護」除了上述優點外，亦飽受批評。對於醫師而言，因為醫療決定受到非醫療專業行政人員的干涉，不少醫師抱怨「醫療自主權」低落^[10]，是引起醫師公會在制度推動初期加以抵制的主因。此外，醫師還得面對經濟壓力與照護責任之間的衝突，甚至在審查機制下，做出讓病人提早出院、改變開藥處方、減少使用昂貴器材、或限制急診服務的決定。影響所及，對病人亦是潛在的傷害^[2]。對病人而言，管理式醫療照護的潛在威脅包括：1. 雇主或保險人因保費（成本）考量，而降低了民眾選擇照護組織的自由或範圍；2. 在價格競爭下，被迫放棄原本就醫的照護體系；3. 照護體系發生財務危機而減少服務項目，甚至在無選擇下被迫轉移；4. 專科醫師和特別服務受到限制等。不過，相關研究顯示，管理式照護的病人對於財務的滿意度，遠高於傳統健康保險的病人，但針對選擇就醫的自由以及醫病關係的滿意度，則相對較低^[11]；民眾對醫師的信任逐漸動搖，對於醫師在管理機制下，是否會堅持受託人的角色而感到懷疑^[12]。近年來，健康照護組織加強控制的手段，也引起保險人強力反彈，促使白宮與國會推出各種病人權利法案^[4]。

管理式醫療照護制度下的信任議題

美國民眾對醫療體系的整體信任感

美國民眾對於管理式醫療照護下醫病關係

的不滿意，也反映在對醫療體系的信任感上。哈佛大學醫療行銷專家 David Shore 指出，近年來美國民眾對於醫療產業的信任指數低落，已經到達相當嚴重的程度：「護士痛恨醫師；醫師痛恨保險公司、HMOs 及醫院；藥商被視為貪得無厭、擅用金錢誘因；而病人則是被醫療失誤與高額的帳單嚇得半死，整個醫療市場充斥的都是壞消息」^[1,12,13]。對於管理式醫療照護的不滿與無奈，也透過好萊塢電影（例如 As Good As It Gets「愛在心裡口難開」及 John Q「迫在眉梢」）表達出來，可見問題的普遍與嚴重性，也難怪民眾對於醫療產業領導人的信心偏低。

信任在醫病關係中的重要性

為什麼「信任」如此重要，讓美國的衛生領域掀起一波重建醫病信任的風潮？翻開醫病關係的研究歷史，發現是從改善病人不遵從醫囑的現象開始，進而從醫病的互動模式、相對角色、權力關係切入，演變至今天對醫病溝通、病人自主（autonomy）與告知後同意（informed consent）的關注^[14-16]。有些研究顯示，信任是「醫病關係品質」的最重要元素之一^[17]，而且是預測醫療服務成效的最佳指標^[4,18]。隨著醫療體系日趨複雜，分工的細微化，病人面對的是一串切割、破碎的醫療服務之外，現代醫病之間還隔著高科技的設備。但醫病關係的品質仍需仰賴人際溝通，卻是不變的。

有研究^[12,18]指出，病人信任醫師有下列好處：1. 減輕焦慮；2. 有治療效果；3. 減少病人另覓良醫或搜尋資訊以評斷醫師決定所花費的成本。但是，信任也是有代價的，過度信任醫師可能導致的結果是：1. 因醫師之態度、診斷或醫療所引起的傷害或死亡；2. 過度或不足的醫療服務；以及 3. 不必要的支出與花費。信任醫師的好處不見得大於所需付出的代價，我們

要追求的是最適切的信任（當信任的淨利益最大），而不是追求極大信任度，因為它總是附帶著無法接受（或承受）的代價。如何尋求最適切的醫病信任關係？醫學倫理是否能提供充分的分析架構？為回答這些問題，必須從信任的種類說起。

信任的種類

管理式醫療照護使得「病人對醫師的信任逐漸減弱」這樣的說法，太過簡化，因為它無法呈現「信任」的不同面向，更不用說失去某一類型的信任，是否其他信任也不復存在的可能性。病人對醫師的信任，可細分為「身份信任（status trust）」以及「名譽信任（merit trust）」兩類，而後者又可分為「原生」及「衍生」兩種信任。「身份信任」源自於特殊身份的信任，只要被視為專業團體的一份子，無論個人的表現或成就如何，自然享有值得被信任的身份。醫師、律師與教師等專業團體都有此特性。「名譽信任」源自於優良表現或具備實力的信任，只要個人能力或行為被視為是優良的，就能獲得。例如，病人因醫師的「優良表現」而肯定其醫術能力，並以「仁心仁術」表揚其對病人福祉的關懷，此種信任屬於「原生之名譽信任」；如果病人是因醫師所屬機構的聲譽或品質，而認為醫師值得信賴，則屬「衍生之名譽信任」^[12]。

「身份信任」的基礎已經動搖

民衆對醫學專業的信心，表現在對醫師身份的接受與服從上，而服從的「權力基礎」源自於醫學專業的「能力權威」，亦即，權力對象對權力行使者優越知識或技巧的信任。達成權威效果的機轉之一，是病人對醫學專業的「倚賴」^[19]。在專業化（professionalization）的過程中，醫學從兩方面滿足了病人倚賴的期

望：1. 醫師的篩選、訓練、及專業技術養成，都有一定的標準與品質；2. 醫師宣示以病人福祉為優先考量，這是醫學有別於其他專業的地方，也是「身份信任」的理性思考基礎^[20]。這一點可以從醫病法律關係的討論中清楚看出：醫療契約不同於「承攬契約」，因為醫師的義務在於提供勞務，並沒有法律上把病人醫好的義務，亦即不要求以一定成果為報酬的前提要件；醫療契約也不同於「僱傭關係」，因為雙方有一般勞動契約中所沒有的「強調彼此的信任關係」^[21]。

不過，美國民衆對於醫師的「身份信任」，早在管理式醫療照護風行之前就已經走下坡^[22]，原因可能與醫師在傳統社會上的地位與扮演角色改變，以及醫學專業化發展的轉折有關。根據歐美各國歷史，醫學專業在「細菌學說」穩固的科學基礎下蓬勃發展，並進一步為爭取工作自主而展開專業化的團結運動，至此醫學專業的地位屹立不搖^[23]。二次大戰後，由於「科學與科技的成就」、「大學與社會科學的影響」、「專業人員的既得利益」、以及「傳統道德範疇的式微」等因素，甚至出現「醫療化」的現象^[24]：醫學以健康和疾病的角度，詮釋原本不在醫學領域內的人類行為和狀態，進而以醫療意義衡量這些行為的主體（個人的身體狀態），這就是所謂「醫學詮釋的擴張」^[25]。然而，近幾年來在政府介入、民衆期待及企業資本引進等因素影響下，醫學專業面臨不可避免的普羅化（proletarianization）趨勢，醫學專業團體與國家、雇主之間的相互地位起了變化。醫療專業者變為「僱傭勞動者」，醫學專業主宰地位也已不再^[23]。醫學專業發展至此，專業身份作為病人信任醫師的基礎，更顯得脆弱。

在管理式醫療照護體系下，只要是醫師就會承諾以病人的福祉為先，是理性的思考嗎？

「身份信任」在此之所以能夠成立，是假設「傳統醫學倫理」足夠提供醫師在管理式醫療照護體系下，因應利益衝突的倫理準則^[12]。傳統醫學倫理屬於「德行規範倫理（Virtue-based Normative Ethics）」^[26]，強調做「對的」事就是好人，而醫師誓詞（Hippocratic Oath）是最具代表性的例子。然而「德行的規範倫理」已經式微，醫師誓詞原文內容有許多不符合現代社會現況^[27]，以單純一對一之醫病關係為中心的傳統醫學倫理思辯原則，並不足以涵蓋下列兩大衝突：1. 醫師對於醫療服務提供的限制與管控（service rationing）；2. 醫師對於所屬機構或團體的行為倫理，尤其在面對與病患利益衝突時，有哪些選擇（例如退出、對外宣布或保持忠誠）？抉擇的依據又是什麼？傳統醫學倫理並未考慮到醫療資源的稀少或限制，也沒有考慮醫師與病人之外還涉及組織與制度的狀況。

過去，醫師被視為是獨立而充分自主的個體，不受制於所屬組織或組織的政策。也就是說，醫師只面對一位案主，而不被視為身處在多重網絡的一份子。傳統醫學倫理所勾勒出的「病人利益至上」或「視病猶親」的一對一規範原則，是否還足以協助身為醫院員工或公會成員之醫師，處理其在管理式醫療照護下，面對一群病人（非僅止於一位病人）時，同時還得考慮組織有限預算的處境？因此，「身份信任」雖然植基於傳統醫學倫理的深厚基礎，卻無法保證在管理式醫療照護制度下必然成立。

「原生之名譽信任」面臨的衝擊

在管理式醫療照護下，病人對醫師的「原生之名譽信任」依然存在，尤其當醫師表現出下列關懷行為（caring behaviors），病人會覺得醫師更值得信賴：1. 保持目光接觸；2. 不打斷病人的話；3. 重視病人針對病情所提供的訊

息。「關懷行為」可以作為醫師對病人福祉做出承諾的指標，但是，以下兩個因素可能導致「原生之名譽信任」不必然成立：1. 為了提高病人滿意度，醫師刻意對病人表示關心，例如部分管理式醫療照護組織，明確要求醫療人員藉由這些行為來博取病人的滿意。可是，關懷行為不一定代表真實的關心，病人的滿意度亦不見得等同於對醫師的信賴感。2. 「關懷行為」不見得會落實在醫療處置的決定上。醫師做最後的決定時，是否會以病人的健康福祉為依歸，在管理式醫療照護情境下會受到：(1) 控制費用的目標；(2) 機構組織所訂定的獎勵措施；或(3) 自由決定空間所受的限制等影響^[12]。若醫療機構將管制措施化明為暗，把醫師塑造為「非管制者」的形象，那麼病人對醫師的信賴仍可維持。不過，不知情的信賴，仍然是不可靠的。

「機構合理性」是 「衍生之名譽信任」的基礎

1. 照護機構的合理性

既然上述兩種信任型態都無法確立，如何建立源自於照護組織或醫療機構的「衍生之名譽信任」，就成為主要的途徑與選擇，尤其是在激烈市場競爭之下，更顯重要。面對「醫療企業化」及政府與財團介入的事實，如何讓醫師在照護體系中愉快的工作，並因此獲得病人的信任？關鍵在於將信任建立在醫療組織的合理性（Legitimacy）上。照護組織的合理性包括：1. 照護組織必須遵循程序正義（procedural justice），特別是擬定無爭議的醫療服務使用節制原則；2. 改善組織結構與文化，包括鼓勵醫師在內的員工，針對相關的政策或措施提出建設性的批評，承認醫師具有對病人福祉無條件的承諾（non-instrumental commitment），以及認清醫師專業的特殊性^[28]。

2. 程序正義與建設性的批評

在醫療資源有限的情況下，病人應該得到多少醫療服務，其實沒有標準的答案，也就是說無法訂出所謂實質正義（substantive justice）的標準。因此，在管理式醫療照護制度下，下列程序正義或可作為進行醫療服務提供管制的依據：1. 沒有歧視或差別待遇；2. 符合平等原則；3. 公告各項規定與措施；4. 公佈制定各項規定的原則；5. 提供及時與公平的申訴管道。醫師及員工的意見是組織文化的一部分，雖然不若獎勵辦法與政策規章那樣明確，卻隱含影響組織順利運作的重要資訊。鼓勵甚至指派員工提出建設性的批評，有助於管理式醫療組織內，立場衝突的解決與共識的凝聚。

3. 為醫學專業保留空間

組織的程序正義及鼓勵建設性的批評固然重要，但仍不足以確保機構的信譽，能為醫師帶來病人的信任，因為還缺少照護組織對醫學專業獨特性的接納與理解。管理式醫療照護體系應避免所謂「專業帝國主義（expertise imperialism）」現象的發生，換言之，專業人員無法認清自己專業的界線^[12]。例如，當病人因無法獲得最理想的醫療服務而進行申訴時，醫師的專業地位經常被「誤以為自己可以做醫療決定」的非醫事人員所逾越。在醫療機構企業化經營管理的趨勢下，追求效率、成本效益、善用資源、提升服務品質，同樣的是以滿足客戶為目標^[10]，但是管理專業人員與醫學專業人員的主要差異，在於前者總是商業取向，而沒有後者對於追求病人福祉的必然承諾。在病人福祉與企業經營兩者皆無法偏廢的情況下，應賦予醫師提出建言的責任，以協助機構修正相關政策。其次，鼓勵醫師為病人代言，並避免懲罰熱心幫助病人申訴或轉介的醫師。當然，醫療機構管理者的成熟與理性程度很重要。

4. 合作者而不是破壞者

若醫師所屬機構或團體，已盡力做到前述的組織合理性之要點，那麼醫師應沒有理由當個忿忿不平，假爭取病人福祉之名，而行對抗組織之實的破壞者（Saboteur）。若醫療照護組織認同醫學專業對病人的承諾，並將組織結構與文化塑造成足以為醫師帶來「衍生之名譽信賴」的氛圍，那麼醫師可以選擇扮演批評且合作的角色。如此，傳統醫學倫理中醫師的基本德行不但被尊重，在管理式醫療照護體系下，能與管制醫療服務的管理目標取得平衡；醫師也不必背上必須實現「病人利益極大化」虛無口號的十字架。

嚴厲批評的合作者，其合作並不是無條件的。管理式醫療照護組織中，理想的醫師角色，應該是盡其合作的義務，但也要清楚知道何時是不應配合的。要做到這一點，除了組織在合理性方面必須健全，以提供醫師的判斷基礎外，還需要針對醫學專業與文化進行少許的修正。許多醫師在養成的過程中，認為一位好醫師是獨立於政治之上的極端個人主義者，對於捨棄「病人利益至上」而就「組織合理性」的想法，應會感到憤怒。若醫師無法重新詮釋「傳統醫學倫理的德行規範在管理式照護體系中的意義」，病人的信任將從何而來？醫師是否能藉著優良表現挽回「身份信任」低落的劣勢，取決於病人是否認為醫師所屬機構具有前述的組織合理性。

「信任」的重新定義

在過去的醫療環境中，「信任」表示醫師或其所屬機構的所作所為，會以病人利益為依歸。這種對於病人利益極大化的期待，在管理式醫療照護的風潮下，顯得誤導而不切實際。就如同民衆無法要求政府滿足其個人的最高利益一樣，病人不應期待所有的決定符合自己的最大利益，但可以要求照護機構的處置是合理

的。醫師不應期待所屬機構或團體永不干涉其醫療行為與決定，而是期許「機構的合理性」；也就是能協助醫師達成受託於病人的角色目標——在有限的預算下，提供高品質的醫療服務。

如果建立在「機構合理性」的信任，才能夠鞏固醫病關係，那麼在多元保險人與照護機構的體制下，照護組織間大規模的「信任博取戰爭」則在所難免。除削價競爭之外，「信任」是民衆的另一項選擇依據。不過條件是：民衆必須能夠取得做決定所需要的資訊（例如判斷機構的合理性程度）；民衆應培養主動取得相關資訊的動機；以及民衆應給予足夠而有效的壓力與批評，促使健康照護體系改善其合理性。

討 論

國內「醫病信任」的程度有待評估

全民健保支付制度的改革，遵循「包裹式給付（給付單位趨大化）」及「總額預算」兩大方向。爲了控制醫療費用，在「論量計酬」制度下設計審查機制；開發「論病例計酬」項目並擴大實施；分階段從牙醫、中醫、西醫基層乃至於醫院，全面推動總額預算。此外，配套措施還包括：末期腎臟病及糖尿病人的「整合性照護體系」；山地離島的「論人計酬」、「包醫制」試辦計畫；及「論品質計酬」支付新制的推動等。無論從財務風險轉移、審查機制的設置、費用與醫療服務的監控等特色，從「技術」層面而言，都有管理式醫療照護的精神^[4,5]。

上述管理式醫療照護走向，除了對醫療行為與生態有顯著的衝擊外^[29,33]，總額預算的推動對於醫師團體成員間的互動與整合，也有深

入的影響^[34,39]。有學者表示^[40,41]，全民健保實施後，醫病關係不良、產生疏離感、互不信任的程度惡化，並呼籲醫療院所與醫師，在權衡自身與團體利益的同時，應「重新找回與病患之間的關係」。受到健保雙漲案及醫療糾紛被媒體大肆報導的影響，台灣民衆對健保的滿意度創下五年來的新低（60%）^[47]。民衆對醫師的信任是否受到衝擊？值得進行相關研究。

醫師與醫療院所或公會的關係面臨挑戰

如果強化「機構合理性」、建立「衍生之名譽信任」是解決醫病信任問題的主要途徑，那麼醫師與所屬機構或公會的關係，就顯得更加重要。總額預算的設計，促使醫師必須重新面對與同儕、所屬機構及專業公會之間的關係；總額預算的推動，迫使更多醫師放下過去獨來獨往的專業風格，與所屬專業公會進行密切接觸、協商，並提出總額制度下的因應之道^[36,37,39,42-44]。不過，相關研究^[29,36,43]指出，總額預算推動後，有不少醫師表示與公會的關係變得緊張，並且對公會的審查作業表示不滿意。如何改進公會相關政策與措施的「合理性」，是總額預算制度後續推動的關鍵工作。另有研究^[10,33,45,46]顯示，醫師的價值觀會影響其對組織的承諾；醫師與醫院管理階層的共識，有利於相關制度的推動；醫院組織文化的塑造非常重要，而醫院員工對於組織文化的認同更是組織最大的動力。顯然國內學者也意識到「醫療機構合理性」相關問題的嚴重性，紛紛呼籲各方加以重視。

管理式醫療照護下的醫病信任

「管理式醫療照護」下的醫病信任關係議題，透過「信任」的種類區分，可以呈現較清楚的輪廓。源自於專業身份的「身份信任」，以傳統醫學倫理的德行價值爲基礎，在管理式

醫療照護制度下仍有存在的空間，但是相形脆弱。醫師希望藉由精良醫術或關懷行爲，爭取「原生之名譽信任」，在重重管制醫療服務利用的措施下，往往顯得「多有保留」或「言不由衷」。近幾年來，政府、財團積極介入醫療領域，民衆和輿論的期待更加殷切，醫師重新檢視其在「管理式醫療照護」風潮下的專業角色，已是當務之急。與其一味努力挽回「身份地位」，不如致力增進醫療機構的合理性，因為這是病人對醫師「衍生之名譽信任」的基礎。醫師在醫療機構或專業公會中，扮演既批評又合作的角色，一方面代表病人爭取福祉；另一方面對所屬機構提出建言，促使機構管理政策更臻合理。如此，醫師、病人、與醫療機構三方，對於彼此的期待趨於實際，可在管理式醫療照護下建立互信與三贏的局面。

總額預算制度全面實施後，「財務風險轉移」對於醫療服務提供者的壓力，日漸明顯。醫師及其他醫事團體的動員與整合程度，可說是前所未有，雖然內部偶有衝突，卻也顯示醫學專業人員願意跨越過去個人主義式行事風格的決心。然而醫師整合的初期目的，是與保險人談判及分配財務，隨著點數換算與服務量稽查的壓力聚積，對於提供服務的管控將會加強，醫師及所屬機構、團體，是否應未雨綢繆，花些心思觀察目前病人對醫學專業的信心與信任程度？

「醫病信任」議題尚未成爲全民健保的主流話題，國內有關「信任」與「醫病關係」之間相互影響的論述爲數不少^[48-53]，但針對「信任」進行操作型定義測量的研究（例如「醫病關係中的信任感概念」^[54]），以及透過「醫院與診所不同組織科層型態」探討醫病互動之間的「組織信任」的文獻^[55]，卻不多見。本文的說明與建議，涉及醫學專業與其組織文化、結構的深層問題，如何適用於本土情境，並進行

相關的研究工作，值得進一步探討。

參考文獻

1. Harris Poll, from 1966-2002. Harris Interactive. Quoted by Media coverage on Conference of "Trust Initiatives", School of Public Health, Harvard University, February, 2003. Available at: <http://www.hsph.harvard.edu/ccpe/Trust/publicity.htm> (03/13/2003 擷取)。
2. 林恆慶、黃子芬、李照軒：管理式醫療介紹。臺灣衛誌 2001; 20(5):331-6。
3. 吳堯達、張伊萍、林恆慶：論管理式醫療的利弊得失。醫院 2002; 35(6):47-55。
4. 江東亮、胡德偉：美國發展管理式照護的經驗與啓示。中華衛誌 2000; 19(5):340-55。
5. 黃明和、吳重慶、顏裕庭：管理醫療的挑戰。臺灣醫界 2002; 45(5):52-5。
6. 張勝雄：管理式醫療。醫學教育 1998; 2(2): 78-82。
7. 溫信財：從美國管理照護看國內醫療費用審查。醫院 1993; 26(5):276-90。
8. Cochrane D (Ed.): *Managed Care and Modernization -- A Practitioner's Guide*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2001:8-11.
9. Kongstvedt PR: *The Managed Health Care Handbook*. 4th ed. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publisher Inc., 2001:1-10.
10. 丁志音：醫師如何看待醫院的企業化經營管理趨勢。中華衛誌 1999; 18(2):152-66。
11. Emanuel NN: Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. JAMA 1995; 273(4):323-9.
12. Buchanan A: Trust in Managed Care Organization. Kennedy Institute of Ethics Journal 2000; 10(3):189-212.

13. Morto CC: Initiative looks for ways to build trust. Harvard Focus. Available at: <http://www.hsph.harvard.edu/ccpe/trust.shtml> (03/12/2003 擷取)。
14. 楊秀儀：誰來同意？誰做決定？從告知後同意法則談病人自主權的理論與實際：美國經驗之考察。台灣法學會學報 1999; 20: 367-410。
15. 李明濱：病人自主與知情同意。醫學教育 1999; 1(4):3-14。
16. 廖士程、李明濱、李宇宙等：醫學中心住院醫師之醫病溝通訓練成效。醫學教育 2000; 4(3):22-34。
17. Gary BH: Trust and trustworthy in the managed care era. Health Affairs 2001; 16(1):34-49.
18. Safran D: Worth repeating: Trust headlines. The Brochure for the Inaugural Symposium. 2003. Symposium of "The Public's Health: A Matter of Trust Causes, Consequences, and Cures", November 13-15, 2002. Boston, Massachusetts, USA.
19. 高湘澤、高全余譯：權力：它的形式、基礎和作用 (Wrong H: Power - Its Forms, Bases and Uses)。桂冠圖書公司, 1994; 18-55。
20. Pellegrino ED: Professionalism, profession and virtues of the good physician. Paper delivered at Mt. Sinai School of Medicine, New York City. Conference on Issues in Medical Ethics, 2000; 1-6.
21. 許淑霞：健康保險制度下特約醫師的醫療責任簡述。法令月刊 2000; 51(12):51-99。
22. Starr P: The Social Transformation of American Medicine. NY: Basic Books, 1982; 392-7.
23. 范國棟：是醫療專業？還是雇傭勞動者！——初探歐美醫師角色的轉變與分析醫療的學說。台灣醫界 2002; 45(10):34-8。
24. Goldstein GM: The Health Movement - Promoting Fitness in America. Twayne Publishers, 1992; 6-10.
25. 張苙雲：醫療與社會——醫療社會學的探討。巨流圖書公司, 1998; 29-38。
26. Pellegrino ED: Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Institute of Ethics Journal 1995; 5(3):253-77.
27. NOVA PBS: The Hippocratic Oath Today: Meaningless Relic or Invaluable Moral Guide? Available at: http://www.pbs.org/wgbh/nova/doctors/oath_today.html (03/12/2003 擷取)
28. Daniels N: Last chance of therapies and managed care: Pluralism, fair procedures, and legitimacy. Hastings Center Report 1998; 28(2):27-41.
29. 楊哲銘、林文君、鍾季樺等：牙科總額支付制度對臺北市牙醫師醫療行為之影響探討。醫護科技學刊 2001; 3(3):255-66。
30. 劉競明：醫療保險制度對教學醫院之醫師培養可能生成之衝擊與因應之道。台灣醫界 1999; 42(7):51-2。
31. 喻小珠、趙坤郁、黃凱琳等：同儕比較回饋對醫師檢驗行為的影響，四個月的觀察。台灣衛誌 2002; 21(2):107-14。
32. 陳欽賢：實施醫院合理門診量對醫師勞動供給之影響。醫務管理期刊 2001; 2(3):60-71.
33. 林宮美：台北市某市立醫院醫師對實施不同工不同酬醫師服務獎勵金制度認知之研究。醫院 2000; 33(6):56-70。
34. 李玉春、賴美淑、盛培珠：九十年全健保年度醫療費用總額範圍之擬定及其政策意函。醫務管理期刊 2001; 2(2):72-86。
35. 李玉春：全民健保西醫總額支付制度之推動政策 - 基層與醫院預算之分立或統合？台灣醫界 2001; 44(7):43-7。
36. 譚延輝：總額支付制度對藥界衝擊之因應策

- 略。藥業市場雜誌 2001; 77:43-6。
37. 張友珊：牙醫門診總額預算第二年費用之協商與省思。醫院 1999; 32(2):1-9。
 38. 邱永仁：西醫基層總額預算制度下之醫療服務品質。臺灣醫界 2001; 44(7):49-50。
 39. 邱永仁：總額預算制對醫界的影響。臺灣醫界 1999; 42(9):38-40。
 40. 謝博生：以一般醫療訓練為基礎的臨床教育。醫學教育 2000; 4(3):273-4。
 41. 李明憲：重新找回與病患的關係。台灣醫界 2002; 45(10):11。
 42. 黃彥聖：診所在總額預算下如何調整經營。中華民國口腔醫療及管理協會, 1999; 47-49。
 43. 應純哲、何永成、邱文作等：中醫師對中醫門診總額支付制度滿意度調查——以高屏地區為例。醫務管理期刊 2002; 3(2):61-71。
 44. 黃彥聖：牙醫總額預算下診所經營策略的調整。中華牙醫學會訊 1999; 143:45-6。
 45. 吳萬益、郭幸萍、彭奕龍等：醫學中心組織文化、管理模式、競爭優勢與經營績效之互動相關影響研究。醫務管理期刊 2002; 3(3): 17-38。
 46. 邱瓊萱、鍾國彪、陳瑞容等：主治醫師價值觀契合度與組織承諾關係的探討——以六家醫學中心為例。台灣衛誌 2001; 20(4): 275-90。
 47. 詹建富：健保滿意度降至 6 成，學者獻策。民生報醫藥版，2003 年 3 月 5 日。
 48. 邱礪磊：醫療品質促進之管制研究——以多元化方式為途徑。國立台灣大學法律學研究所碩士論文，1992。
 49. 盧昭文：醫師遭遇醫療糾紛之經驗與其認知、態度對醫師行為影響之研究——以大台北地區為例。國立台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1999。
 50. 洪千鵬：誤診對醫師及醫病關係的影響。國立中正大學企業管理研究所碩士論文，2000。
 51. 吳淑美：子宮肌（腺）瘤婦女面臨子宮全切除術之決策樹模式初探。國立台灣大學護理學研究所碩士論文，2000。
 52. 劉美珍：精神衛生醫護人員之倫理困境及其處置。台北醫學院醫學研究所碩士論文，2000。
 53. 吳昊：由醫療資訊隱私之觀點論全民健保 IC 卡政策。國立台灣大學法律學研究所碩士論文，2000。
 54. 廖筑君：醫、病之間——以不孕婦女為例之探索研究。台北醫學院醫學研究所碩士論文，2000。
 55. 黃彥莉：「遊戲間」還是支配場域？——診療室的醫病互動關係。國立台灣大學社會研究所碩士論文，2000。



Issues of Trust between Physician and Patient in Managed Care

Hung-Chi Chiang, M.P.H., Lee-Lan Yen, M.P.H., Sc.D.

Under tremendous financial pressure, many countries have adopted managed care or a similar technique as a method by which medical costs can be contained. However, experience in USA has shown that trust between physician and patient has become one of the most contentious issues under current managed care systems. Are the teachings and virtues of the Hippocratic Oath, which is the starting point of traditional medical ethics, sufficient to resolve conflicts that now face health professionals? It is the

purpose of this article to introduce and discuss the concept and nature of "trust". These will be used to propose potential ways, as recommended by medical ethics philosophers, by which the physician-patient relationship can be rebuilt. As Taiwan's National Health Insurance is moving toward a type of managed care delivery system, these issues of trust deserve more attention in Taiwan. (Full text in Chinese)

Key words: managed care, trust, medical ethics, professionalization
(J Med Education 2002; 7: 95~105)

Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University.

Received: December 17, 2002; Accepted: March 19, 2003.

Address correspondence to: Hung-Chi Chiang, Room 1522, No.1, Jen-Ai Rd., Sec.1, Taipei, Taiwan, R.O.C.

