

天主教輔仁大學社會學系學士論文

指導老師：戴伯芬

醫病關係中的互動與策略

—以北部某中醫診所為例

The Interaction and The Strategies in  
Doctor-Patient Relationship:  
An Example of A Chinese Medical  
Clinic in Northern Taiwan

學生：林敬宣 撰

中華民國一〇七年六月

天主教輔仁大學社會學系學士論文

醫病關係中的互動與策略  
—以北部某中醫診所為例

The Interaction and The Strategies in  
Doctor-Patient Relationship:  
An Example of A Chinese Medical  
Clinic in Northern Taiwan

學生：林敬宣 撰

指導老師簽名：

中華民國一〇七年六月

系所章戳：

## 謝詞

「你寫到哪？我這禮拜三要 meeting 欸！」這句話，在論文的寫作期間，成了與同學們的見面招呼語，深怕如果不透過這句話「測探敵情」，自己就會落後他人進度似的將這句話掛在嘴邊。能夠完成這份論文，要感謝的不外乎是指導教授和同組的成員，在團體討論的過程中，時常可以激發我更多想法；也謝謝伯芬老師的協助，在最初更換題目的憂慮之時，能給我支持，在大家問出笨問題時，也耐著性子解釋，雖然好幾次問完就覺得羞愧，但也是在這樣不斷「耍笨」的過程中，逐漸釐清腦中思緒。有時被老師、同學問得啞口無言，難以回答，只好摸摸鼻子再重新寫過；有時自己口沫橫飛的解釋所觀察到的現象，希望能說服客觀的第三者這個研究的意義。

在確定要寫這個和醫病關係的題目前，內心其實相當猶豫，一方面擔心如果沒處理好，田野也許會暴露；另一方面擔心自己是否有足夠的敏感度和觀察能力，搜集到足夠的訊息，但最終，好奇心打敗這些焦慮，使我繼續研究這個主題。作為隱蔽研究的研究者，心情其實頗為複雜，總覺得自己與田野中的人的戶動，似乎不夠純粹，但又捨不得忽略在診所中所看到的一些奇特的現象，只好在書寫的過程中不斷提醒自己，即使這只是一篇看似舉無輕重的學士論文，也得嚴謹小心，以免傷害到田野中的人事物。

作為一名社會系的學生，如果沒有學士論文，過去學習的知識早已因時間而逐漸淡忘，因此論文的寫作，讓在畢業之際的學生們能夠重新檢視在過去四年的學習，並為這些學習留下一個成果。

## 摘要

本研究以北區某中醫診所作為研究場域，透過約為 10 個月的參與式田野觀察進行田野資料的搜集，以醫病關係的互動為主軸，將醫師、患者與診所員工三方的互動現象納入觀察，探討在消費主義興盛的當代社會中，醫病關係如何互動與呈現。

此研究發現醫師與診所員工被視為醫療服務的提供者，盡可能地滿足患者需求，而患者具有更多的空間與醫師協商用藥與治療。該診所特殊的「拿藥」制度下，使診所員工「賦權」，被賦予更多的權力執行業務，也因此得到患者高度的信任，為了獲得看診拿藥上的便利，患者會與診所員工以「朋友」相稱，並時常送禮給員工，打好關係。而藥物被視為商品，患者可隨個人喜好去決定，並要求醫師配合。由於診所以減重患者為大宗，醫師與患者需有長期的互動，這也使得兩者的關係比一般的醫病關係更加緊密。最後，健保濫用的問題在此場域中也清楚可見，診所透過「過卡」增加健保點數的申請，患者則是藉此申請保險金；而為使患者能順利申請保險金，醫師也會配合開立可申請的診斷證明。

**關鍵字：**醫療消費化、醫病關係、醫師權威、員工賦權、診所策略

## Abstract

This research was conducted in a Chinese medical clinic in northern Taiwan, and the researcher used participate observation to gathered information in this field for about ten months. The study is about the interactions in doctor-patient relationship, and the researcher surveyed the interaction between doctors, patients and the staff in the clinic to understand how doctor-patient relationship have appeared and these samples interact in this modern and flourishing consumerism society.

This study discovered that the doctors and the staff were viewed as service providers, who should satisfy the patients, which made these patients capable of consulting treatments and medical prescriptions with their doctors. There a special system in the clinic allowing patients to obtain medicines. without having to meet the doctor in a regular appointment. As a result, the staff were empowered, and were highly trusted by the patients. In order to get their medicines easier and faster, some patients would flatter these staff members by calling them their “friends” and buying them presents. People treated medicines like commodities, and patients could decide part of the content of their medications as they pleased under these kinds of circumstances. Furthermore, patients would request doctors to cooperate with them, and provide them what they want. Most patients came to the clinic for obesity treatments which requires certain amount of time for the whole process; this causes closer relationships between the two parties, comparing with ordinary doctor-patient relationships. Lastly, it is that theis problem is abusing of the National Health Insurance system in Taiwan. Doctors would illegally apply for health insurance credits from the officials; in addition, patients would apply for claims from their insurance providers by over using NHI IC cards, and for the purpose of receiving credits, doctors would issue diagnosis certificates which are qualified to these claims.

**Key words: medical consumerization, Doctor-patient relationship, doctor authority, empowering staff, strategies of clinic**

# 目錄

謝詞.....	I
摘要.....	II
ABSTRACT.....	III
一、前言.....	1
第一節 動機緣起.....	1
第二節 研究問題.....	1
二、文獻回顧.....	3
第一節 醫病關係的探討.....	3
第二節 中醫診所概況.....	4
三、研究方法.....	1
第一節 田野調查.....	1
(一) 場域背景(進入現場).....	1
(二) 觀察對象(主要報導人).....	1
第二節 資料搜集與分析.....	2
第三節 研究倫理.....	3
四、研究結果.....	4
第一節 中醫診所的醫療流程.....	4
第二節 醫療的商品化：拿藥制度/埋線療程.....	6
(一) 拿藥制度.....	6
(二) 埋線療程.....	8
第三節 診所中的醫病互動.....	9
(一) 醫病關係中的醫師.....	9
(二) 醫病關係中的患者.....	11
(三) 較緊密的醫病關係.....	14
第四節 非醫療專業者的角色.....	15
第五節 醫療保險的濫用：過卡、診斷證明的開立.....	16
五、結論與討論.....	19
參考文獻.....	20

# 圖表次

圖 2-1 106 年台灣診所類型比例 .....	4
圖 1-2 組織結構圖 .....	2
圖表 1-3 田野人物代號 .....	2
圖 2-2 一般患者與減重患者的就醫模式 .....	6
圖 2-3 「拿藥」流程圖 .....	7

# 一、前言

## 第一節 動機緣起

什麼是我們印象中的醫病關係？試想個人到診所的看診經驗是否也是如此？走入診所，將健保卡交給櫃檯小姐掛號，接著會看到自己的名字和看診順序出現在電視牆的螢幕上。候診人數多時需等十到十五分鐘，在聽到語音叫到自己的名字後，才進入診間。這時醫師會問：今天哪邊不舒服？你可能回答「咳嗽」、「流鼻涕」，醫師會要你張開嘴巴，看一看舌頭，接著告訴你：回去多休息、多喝水，接著叫下一位病人進診間。醫師診斷的時間，甚至短於等候的時間。看診結束後，會有人喊你的名字領藥，領完藥，便完成一般看診的「SOP」，而後進去的每一位病人皆重複這樣的流程。

在過去研究中普遍將醫病關係互動的改變，歸因於健保制度、教育程度、消費意識和資訊取得的提升和便利性的增加(張育茹,2017;郭淑珍、吳筱筑,2016)，在臺灣醫療產業在全民健保制度下蓬勃發展，醫療機構的分佈逐漸普及化，不論是大型醫院、醫學中心，或是各個科別診所的醫療資源，都相較過去容易取得。根據2016年的統計資料顯示<sup>1</sup>，全台不分科別的診所數量甚至高達21,894所，醫療機構的廣設更增加了各個診所間的競爭。種種因素的相互作用下，改變了傳統醫病關係的互動模式，醫師不再是唯一掌握支配權力的人，病人也不再只是聽從醫生指示的被支配者(陳敏郎,2014)，而是能透過不同的資源，向醫師協商、討論自身的病情，在這樣醫病關係的變動下，醫師與病患的互動又將會產生何種差異是本文裕探討的問題。

研究者於106年9月因緣際會進入北部某中醫診所工作，在工作過程中，偶然注意到同事將到診所就醫的病患稱為「客人」，這一聲「客人」引起了研究者的好奇—「明明是來看病的人，為什麼會叫客人？」看著不以為意的「病人」和同事，這樣的疑惑默默地出現在研究者心中。為了解開疑問，研究者開始留意觀察工作場域中的人物互動，更進一步著筆記錄在診所中病患、員工和醫生三者間的互動行為，將此工作場域作為田野，以觀察者的角色，著手進行研究。研究者所在的中醫診所，以減重門診為人熟知，多位醫師中又以年輕的院長最為出名。為了能順利讓院長看診，病患衍生出一連串的特殊行動：有的不惜犧牲睡眠時間，徹夜排隊；有的則是盡可能地和診所員工拉攏關係，企圖「走後門」；有的則是跟著成功掛號的親友進入診間，要求醫師加掛。

## 第二節 研究問題

關於醫病關係的探討，在過去的研究相當豐富，但大多的研究場域為西醫的診所、醫院，若將背景轉到中醫診所是否能得到與過去研究相同的結果？又亦或存在著什麼樣的特殊性呢？

徹夜排隊的病患、與病患關係過分親密的診所員工、對病患照單全收的醫師，這是在診所工作的初期，研究者最大的觀察，而同事的一句「客人」，似乎也顯示了醫療產業的消費化，醫病關係的發展越來越趨向於生產者與消費者的互動。

<sup>1</sup> 根據政府開放平台—診所科別統計資料顯示。

為了應付大量的看診需求，診所設計了各種策略—「限掛」、「代掛」來因應，而病患也積極利用自身「顧客」角色的優勢，加以回應。種種的貼身觀察，顛覆了研究者對醫療產業的想像，也與研究者個人過去的看診經驗相悖，因此希望藉由近距離觀察，了解現今醫療產業中的醫病關係。

研究者欲研究的問題為：

- (一) 在現代醫療環境中，該中醫診所如何進行醫療行為？
- (二) 醫病關係的變化下，病方衍生出哪些特殊的互動模式？醫方又是以何種策略因應？
- (三) 在醫病關係互動的過程中如何展現醫療消費化的現象？對現存的健保制度又有何衝擊？

## 二、文獻回顧

過去醫病關係的相關的研究，有許多研究探討病患對於醫療服務的品質知覺、滿意度和在回診意願（程永明，2010；郭素珍，2011），或是以醫療商業化的角度，分析醫療機構如何經營與病患間的互動關係（林淑瓊、張銀益、林宣均，2016），現存研究中，也涵括了針對不同病症的患者所進行的研究（蔡友月，2013；郭淑珍、吳筱筑，2016）。在這些研究中，除了歸納出醫病關係普遍的互動模式外，也透過不同的研究角度和對象，發現了醫病關係正逐漸地產生變化。

### 第一節 醫病關係的探討

關於醫病關係改變的原因，台灣諸多學者提出了不同的看法。陳惠雁（2013）認為國民教育水準的提升、資訊提供的方便取得、消費主義的興起，人權觀念的重視，影響了醫病關係的互動，使醫師在醫療體系中幾乎失去了主導權，病人開始要求醫師解釋病情，並將醫師的回應，與其他訊息作出比對，選擇是否要相信醫師的診斷。而張育茹（2017）的研究則發現，影響醫病關係的三個結構性因素為：健保給付制度、醫療院所經營模式與資本主義社會的消費精神。醫療院所基於經營需求，採取績效主義管理模式，限制了醫療專業的自主權，在資本精神的消費觀念下，進而影響病者對於醫療資源的使用方式與態度。另外，現代媒體對於醫療糾紛、偏頗報導，也影響了醫病關係中的信任。

就醫經驗普及、醫療糾紛與醫界陋習報導的頻傳，種種跡象都顯示出醫生的權力似乎開始出現鬆動，在這樣醫病關係緊張的情況下，對此陳敏郎（2014），越來越多的醫師透過「醫師書寫」的方式表達立場，捍衛自身專業，回應社會各界的質疑，顯示了醫師權力不在獨大，大眾也不如過去那般相信醫療系統與醫師。成令方（2002）則指出當傳統醫師從專業而來的權力不再是唯一，病患便開始利用協商、挑戰、出走來牽制醫師，尤其是在現代醫師的看診中，病人與醫師接觸的時間逐漸縮短，在短時間內病人無法向醫師提供足夠的診斷資訊的情況下，醫師鮮少向病患解釋病情，即便醫師解釋了，病患也可能因用詞過於專業而難以理解，而當醫師無法滿足病患時，病患會選擇轉換醫療場所，試圖尋找適合自己的治療機構。如張苙雲（1998）的研究說明了當患者病情無法得到改善時，病患「逛醫院」的複向就醫原因有三：醫療專業轉介，將患者轉至更高階層的醫療單位；或者產生「換一家試試看」的心態，參考不同醫師的意見；或是因不願面對事實而期待找到能醫治該病的醫師，患者「逛醫師」就醫行為是受到醫病關係所影響的。

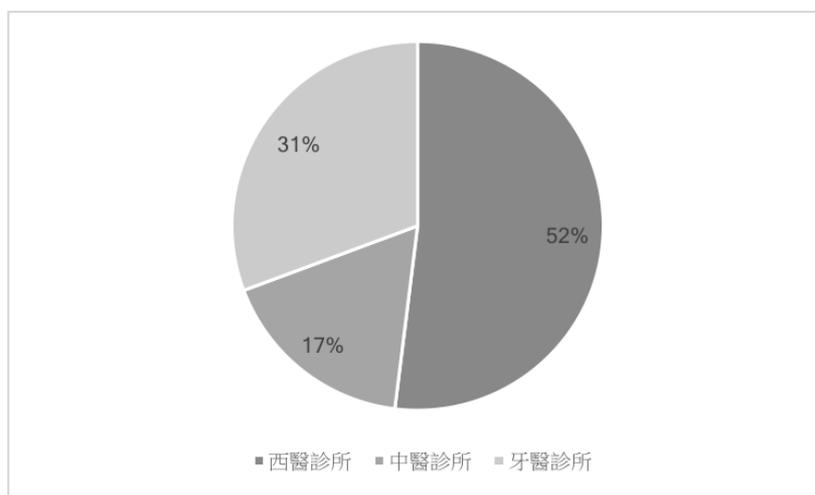
醫療院所的經營方針和醫師對待病患的方式也發生劇變。郭素珍（2011）指出越來越多醫師與病患的互動，不同於傳統的父權事作風，而是傾向「以病人為中心」的互動模式，賦權給病人控制自己的照顧，強調理解、實現病人價值的重要性，並認為此理念使醫病關係趨於平等，扭轉了過去傳統醫方父權式的權力控制。如同多數研究者所提到的消費意識的高漲，郭淑珍、吳筱筑（2016）的研究發現，部分病患將醫師視為拿藥的一種管道，「付費就能拿藥」，若該醫師不願滿足患者的求藥需求，患者則可能透過出走，換一個願意提供的醫師。這樣的現象顯示出病患將醫療服務的提供，視為一種消費行為，是可以選擇要在何種醫療機構中，滿足自身的需求的。

社會對於醫療產業標準的提高，使醫療機構不得不更重視員工所提供給患者的服務，醫療單位似乎被視為服務業，促進了醫療的消費化。林淑瓊、張銀益、林宣均（2016）針對不同醫院行政管理人員進行深度訪談後，發現醫療業現今已被視為服務業的一環，醫療產業的經營以病人的服務為主，如同企業對待顧客一般，透過不同的策略留住消費者（病患），並希望能夠透過重視病人需求，提升醫病關係間的信任，增加醫療滿意度和再回診意願。消費主義除了體現在醫院對病患的經營模式，也展現在醫療服務的行銷上，不單是醫師的治療，醫療產業商品化的現象，楊儒晟（2015）探討美容醫療產業，發現醫師專業服務者的形象，在醫療服務商品化的過程中被忽略，轉而強調「商品」價值，改變了病者對於醫師的信任，病人反而必須仔細提防醫師的治療。

## 第二節 中醫診所概況

根據 106 年的統計資料<sup>2</sup>，目前全台不分類別診所約有 22,129 家，西醫診所佔多數，共有 11,499 家，佔全國診所的 52%，而中醫診所則有 3,839 家，佔 17%，其餘則為牙醫診所。雖然中醫發展看似慢於西醫發展，但有研究指出在與患者的互動和未來展望上，中醫佔有較多的優勢。陳惠雁（2013）訪談一名中醫師，問到「為什麼要從急診醫師轉到中醫師」時，該名醫師回答「雖然西醫在台灣的優勢難以取代，但中醫所要面對的問題遠遠比西醫少，醫病關係也相較和諧，病人多數對中醫也還保持著尊重、信任的態度。」中醫師認為中醫是傳統祖先所流傳的智慧，因此多數病患能給予較多尊重。而研究者所觀察的診所院長，也曾表示中醫的彈性較大，中西醫的轉換上也較容易。但事實上，在中醫納入全民健保後，中醫醫療機構開始逐漸發展，未來仍需面對更多醫病關係轉變的衝突。

圖 2-1 106 年台灣診所類型比例



關於醫病關係的研究多以西醫診所、醫院的醫師為研究對象，少有以中醫醫療場域為主要的研究，且中、西醫無論在法規、治療方式、民眾的認知上仍有所差異，因此，本研究擬以中醫體系中的醫病關係，探討在現今醫療機構中醫病互動模式與醫療消費化的現象。

<sup>2</sup> 根據衛福部統計處 106 年醫事機構現況及服務量統計分析

## 三、研究方法

### 第一節 田野調查

人際互動關係難以透過量化的資訊取得，且醫療機構涉及醫病隱私較難直接對病患和醫方進行訪談，為搜集最接近真實田野之資料，故採質化研究中的田野研究法(Field Work)。田野研究被普遍使用在人類學、社會科學等領域的研究中，研究者直接參與在田野生活與各種活動中，不事先對現象做出預設和推論，而是在自然的情中觀察田野中的大小事。

#### (一) 場域背景 (進入現場)

此研究田野調查的時間從 106 年 9 月至 107 年 6 月止，平均每週約投入 20 小時。大部分對於醫病關係的研究，多半是先「提出問題」，後進入醫療機構中觀察，不同於過去的研究「先確定要做研究」才進入田野，本研究是在研究者先進入田野，受到場域中人物的特殊互動吸引後才展開觀察。

此診所為北部地區某一知名中醫診所，其診所以「減重治療」出名，成立此診所的年輕院長，在中醫界廣富盛名，許多病患是透過親友介紹下而來的。診所中有 4 位醫師，不同醫師的看診人數有著極端的落差，以院長的掛號人數最多，而最晚執業開診的 J 醫師病患人數最少，其餘兩位醫師的病患人數相當。診所的設立地點位於小巷旁，無足夠的空間應付大量的看診病患，停車問題造成附近居民的困擾，因此診所三不五時就會被投訴，警察不時前來取締違規停車。另外，雖然是新成立不久的診所，卻因院長名氣遠盛，影響附近中醫診所的生意，除了健保局每月的例行檢查外，診所時常受到同業的檢舉，不定期地被抽查。

診所的經營模式有逐漸往醫美發展的趨勢，除了一般中醫診所會提供的門診、開水藥、推拿和針灸外，還設有「埋線」的減重療程，以提供大量減重需求的病患，搭配藥物使用，並積極引入新的醫師，以「針灸」刺激面部穴道，推出臉部美容的療程，雖然此療程屬實驗階段，尚未正式設立明確門診時間，但卻可以看出診所欲結合「中醫」和「醫美」的野心。

#### (二) 觀察對象 (主要報導人)

診所作為小型的醫療機構，除了具合法診療資格的醫師外，普遍會雇用不具醫護背景的一般員工，來服務、處理和病人相關的業務，因此研究者認為診所員工在醫病關係的互動中，佔有相當重要的角色，故將診所員工納入討論、研究，以此診所中的門診醫師、診所員工以及前來就醫的病患為觀察對象。

在診所的人事部分：醫師年齡皆約為 35 歲左右，屬於年輕的醫師，包含院長在內，共有一名女醫師和三位男醫師；診所員工約有 12 人，皆為女性，除了兩名正職的中年女性已成家外，其餘都為 24 歲左右，大學畢業的年輕女性。此診所的員工流動率低，目前所在的員工大多都從診所開業便待到現在，年資皆超過一年。另外，診所聘有兩名男性推拿師，以提供傳統整骨、推拿服務。

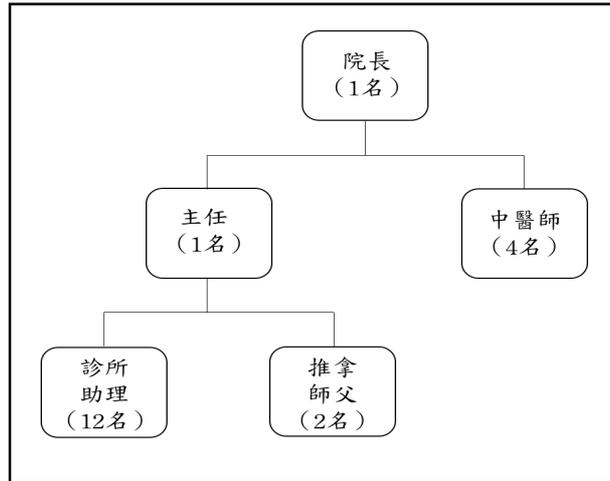


圖 1-2 組織結構圖

病患族群的組成以女性為主，每位醫師皆有以減重為目的地就醫的病人，但針對個醫師不同的專治項目有所差異：院長清一色為看減重的女性病患，參雜部分調理過敏的病人；W醫師除了減重病患外，還有許多來針灸的長輩；M醫師（女醫師）則多了前來看婦科、產後調理的女性；最晚到診所開診的J醫師，病患就診原因較廣，並無集中的現象。

圖表 1-3 田野人物代號

代號	田野人物
A~E	診所員工
R	研究者
F	診所員工
J	男醫師
W	男醫師
M	女醫師
Z	院長

## 第二節 資料搜集與分析

本研究資料的搜集採完全參與式觀察（Full Participant Observation Study），並以紀錄田野筆記方式進行。研究者身份與田野中其他被觀察者相同，由於其他被觀察者不知情觀察者的實際身份，因此觀察者較能觀察到場域中人事物最自然的互動，使研究結果更趨於真實。相較於訪談法，受訪者跟隨據研究者的引導、提問來回答問題，可能使受訪者提供符合社會主流價值或研究者期望得到的答案，而影響研究結果，反之，觀察法的應用，能直接紀錄被觀察者是如何參與在田野中，以及研究對象對於田野事件的態度與詮釋，有利研究者描繪出更詳細的田野脈絡，增加對欲研究現象的認識和了解。但由於未取得被觀察者的允許，因此在觀察的過程中僅以「即時性」的隨筆記錄和事後回憶的田野筆記作為資料的基礎，立即記下具有代表性的對話和情景。

所收集到的研究資料的分析則參考張芬芬（2010）調整 Carney「抽象五階梯」的分析步驟，將資料以文字化、概念化與命題化的方式進行整理。將在診所中的所見所聞透過「文字化」，撰寫成隨筆記錄與田野筆記等文字資料，整理成可供分析的文字檔；完成資料的處理後，透過「編碼」將文本內容「概念化」，解析文字資料背後所隱含的意義，進而提出詮釋。最後，將整理出的概念「命名化」，找出此研究的核心主旨，使所搜集的資料能具體的呈現出在醫療田野的樣貌。

### 第三節 研究倫理

在台灣社會學會、台灣人類學與民族學學會的倫理規範中都曾提到，在進行社會科學的研究時，必須遵守相關的法律規範，尊重不同學科的專業倫理，對於研究對象也須負起保護的責任，做到告知同意、保密，維持研究對象、機構的匿名與隱私，並以誠實、正直為原則，不偽造、扭曲研究資料，真實的呈現、傳達研究成果，但考量到本研究的主題與設計，難以在告知研究對象研究目的的情況下進行，因此研究者決定採取隱蔽研究（covert research），並在此小節進一步說明原委。隱蔽研究（covert research）是指在研究對象不知情的形況下，進行研究。根據台灣社會學會研究倫理守則，指出可使用隱蔽研究（covert research）方法的前提為：「當研究的實際操作不宜或無法進行告知同意」、「在研究者衡量利弊後判斷學術價值大於可能得倫理風險」後，且為以下情況—參與者會因知道自己為研究對象後，改變言行舉止；研究對象包含上司、有權勢者或有損社會公益之機構等；研究者可能遭研究對象施以壓力、威脅等情況下才得以使用。

本研究以醫病關係為研究主題，探討中醫診所內員工、醫師與病患三方的互動關係，但人際關係的互動，無法在告知他人的情況下進行，研究的限制如：病患流動率高，且研究主題涉及個人隱私與觀感，難以取得他人同意；醫師須遵守醫療人員的相關保密與倫理，無法協助研究；診所員工在醫病關係的互動中作為重要的角色，若告知其研究目的，則可能影響研究結果與真實性，再者，院長同時為看診醫師和管理階層，此研究可能揭露診所部分不適行為，有危害診所利益之可能，因此為確保研究的完整與可信，採隱蔽研究進行。

另外，在本研究的過程也遵照倫理的規範，保護研究對象的匿名性，不會以欺騙等不符合倫理規範的方式取得資料。為保護田野相關人物之資訊，所有田野中的人物、地點皆以匿名處理，以避免所研究的場域遭辨識，田野筆記在研究結束後也將封存，並以完全匿名之方式呈現研究發現與結果。

## 四、研究結果

本研究以北區某中醫診所為研究場域，觀察該診所中醫病關係的互動，以及非醫療專者所處的角色。由於該診所的患者多數以「減重」為主要的就醫目的，因此除了具有一般中醫診所的特性外，也呈現出特殊的醫病關係。本章將分為五節說明研究發現：首先，說明中醫診所的醫療流程，以利讀能理解中醫診所的就醫流程，以及肥胖症界定的模糊性。第二節則詳述在醫療商品化時代下，診所如何在特殊的「拿藥制度」與興新的埋線療程中將醫療行為視為商品，提供滿足患者需求的服務。第三節則聚焦醫病關係的互動，醫師方面發現院長具有魅力型權威的特質，吸引了大量的患者慕名而來；患者方面則發現患者會有「痊癒責任的轉移」和「出走協商」的現象。第四節則說明不具專業醫護背景的診所員工在此診所中所扮演的角色。最後，則是發現診所存有醫療保險濫用的問題，以常見的「過卡」和「診斷證明造假」現象。

### 第一節中醫診所的醫療流程

一般來說，醫療的流程可以分成兩個階段，醫師先診斷患者的病情後，再以合適的方式進行治療。不同於多數西醫診所，對於疾病的分類精細，能明確的將患者分門別類，一間西醫診所只要處理病症相近患者的問題。但就中醫診所而言，單一間中醫診所必須要處理各種病症的患者，除了藥物的治療，還會使用針灸和水藥等方式輔助治療，因此中醫診所所要處理的問題是更加複雜的。近年來，疾病的界定越來越複雜，影響的因素相當多，不只是因為在醫療科學的發展下，有許多新的病「被發現」、「被創造」，過去不被視為「病」的病被重新劃分和定義。在這個不斷重新定義與解釋疾病的當代社會中，「病」與「非病」的模糊界線使得現代人無所適從。普遍而言，疾病的界定可分為三個階段來討論，第一階段是先從人們的「病視感」，也就是人對於自我「生病」的知覺，當人在意識到身體有異狀時，便會藉由就醫的行動；第二階段則由醫師診斷該不適的感覺為「何病」，最後才進入第三階段的治療。因此「有病沒病」，並不是單方面由醫師，或是就醫者來判斷的，而是在兩者皆同意的情況下，達成「生病」的共識，才界定出病的存在，隨後進行醫療行為，醫療關係才得以建立。

### 中醫診所的診斷與治療

中醫診所的診斷分類如圖(2-1)所示，在「病」的類別中，一般中醫診所在分類患者時僅粗略地分成「內科」、「針傷科」。內科為治療身體內部器官、腑臟的相關病痛，如常見的感冒、胃痛等皆屬於內科，治療方式多以服藥為主，時而搭配針灸；針傷科則是人體外部筋骨皮肉的損傷，如一般的跌倒損傷、挫傷等，並以針灸、推拿為主要治療方式，醫師會依不同的狀況，決定患者是否需服藥。無論是中醫或西醫，並非所有接受醫療服務者都是「病人」，尤其是東方人傳統有「喝補藥」等調理身體或預防疾病的習慣，因此使用中醫醫療服務者，並非所有就醫者是因身體不適，也有部分是為了調理身體而就醫，如女性調經、過敏、補血補氣等，因此因這類相關需求而就醫的患者，則可歸類在「非病」的類別中，而醫師多以藥物和「水藥」為主要的治療方式。不論是內科或傷科，醫師也時常會開「水藥」供患者服用。「水藥」是多數中醫診所皆會販賣的商品，是藉由煎煮中藥材的方式所製成的濃縮飲品，具有調理氣色、舒筋補血等功效，因此不只被用來治療疾病，也被廣泛使用在預防疾病和身體保健上。水藥的種類又

可分為「固定配方」和「個人化處方」兩種，「固定處方」如青少年轉骨、四物飲等，明確的針對要調理的狀況和對象的飲品，「個人化的處方」，則是醫師依照不同患者所需量身調配的配方。

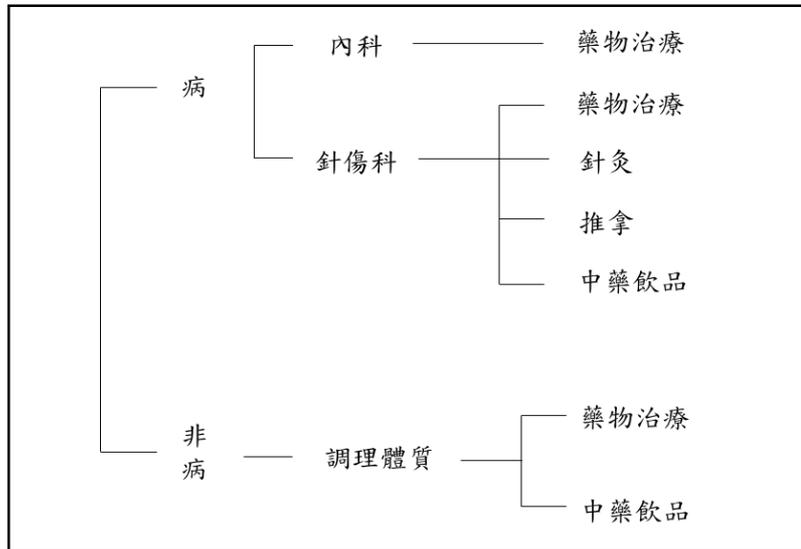


圖 2-1 一般中醫診所的診斷與治療

### 肥胖是病不是病？

根據研究者的觀察發現，在此診所內科的診別中，有大量患者就醫原因是為解決「肥胖」的問題，但減重到底是不是病？事實上卻難以界定。有學者整理和肥胖界定相關的研究發現（鄭斐文，2010），肥胖並非是純粹病理學的問題，其牽涉到醫療化的知識、社會文化與道德如何理解與定義肥胖。「肥胖」（Obesity）被視為二十一世紀人類健康的威脅之一，是糖尿病、心臟病等慢性病主要的風險因素之一，世界衛生組織（WTO）定義肥胖是指身體含有異常或過量的脂肪累積而損害健康，更以 BMI 作為測量肥胖的依據，明確界定出肥胖的範圍。

肥胖屬於內科的診別，但患者和醫師在肥胖的界定上，卻不同於一般的病症：如同先前所言，通常人們的就醫模式有三階段（圖 2-2），先是病痛的產生、醫師診斷，最後為醫師處置。人們產生就醫行為是為解決身體不適，患者將顯性的症狀告知醫師，而中醫師經由把脈、觀察舌頭等方式判斷患者的病情後，開以處方；但減重患者的就醫模式，卻是由患者本身產生減重意念後，自行向醫師提出減重目標，醫師便針對患者的要求開立處方。卻並非所有患者都真的達到了肥胖「病」的標準診所醫師對於肥胖症的判斷並未依據世界衛生組織或國民健康署對於肥胖建議的指標進行診斷，而是將肥胖界定的決定權交給就醫者，讓就醫者可以自行診斷，決定自己「體重目標」，決定自己是否成為「患者」。

<sup>3</sup>世界衛生組織以身高除以體重的平方計算出的身體質量指數（BMI），來衡量肥胖程度。

<sup>4</sup>我國國民健康署建議我國成人 BMI 為 18.5 至 24 屬正常範圍，大於等於 24 及視為體重過重或肥胖。（資料來源：衛生福利部國民健康署網站）

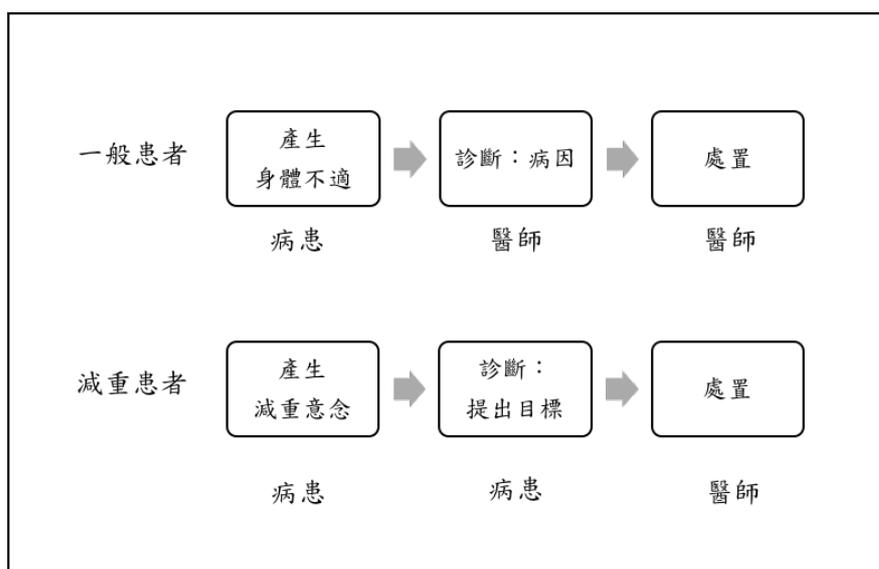


圖 2-4 一般患者與減重患者的就醫模式

## 第二節 醫療的商品化：拿藥制度/埋線療程

「拿藥制度」是診所為因應大量減重患者的拿藥需求而衍生出一種非法的制度，而「埋線療程」則是以侵入性的治療方式，輔助已服減重藥的患者，加強減肥功效的一種手段。從前文的說明可知，肥胖的界訂標準模糊，若以不同的層面理解肥胖則可能得出完全不同的答案，但可以確定的是一此診所以患者為主體，醫師不介入肥胖的界定，完全由患者判斷自我是否為肥胖。這樣的做法，使得藥品和療程成為商品，是患者想買就能買的商品。

### (一) 拿藥制度

在藥物的領取上，此診所減重療程的收費方式非常特殊。醫師會同時開以兩份不同的處方，一是「自費藥」—具減重功能的藥，二是有健保部分給付的「調理藥」—以調理身體。可領的藥量也與一般診所有所不同，一般症狀的開藥方式以「日」為單位，醫師大多會開三或五日的處方供患者服用；減重的藥粉則以「週」為單位，初診的患者，醫師都常會先開一週份的藥，之後根據患者一週服藥後的狀況，調整下一週的用藥，複診的患者拿藥一次最多則可拿三週。

大量的看診需求，使診所不得不制定出每日現掛名額，將病患人數控制在合理範圍內，使醫師能在時間內看完患者。但這樣的做法不只讓掛不到好的患者又氣又怒，也限制了診所的營收，倘若長期無法滿足患者需求，他們則會出走至其他醫療單位，以滿足看診需求。為了避免這些狀況，如前文所述，診所除了提供患者可一次領取多日的藥物外，衍生出了挑戰現有法律規範的「拿藥」制度，讓醫師的看診能更有效率，同時也能提高單一診次的可看診人數。當醫師可看診人數額滿時，未掛到號的患者無法進入診間，讓醫師替其調整處方，因此診所建立出

「拿藥」制度，以解決此問題（圖 2-3）：未成功掛號之患者到櫃台，告訴診所員工要「拿藥」後，診所員工會替患者進行簡易的「問診」，並紀錄該名患者自行評估的服藥狀況與效果。完成紀錄後，診所員工便會將紀錄送入診間，讓醫生能在患者交替進入診間前的空檔，替未掛到號的患者進行「隔空診斷」。

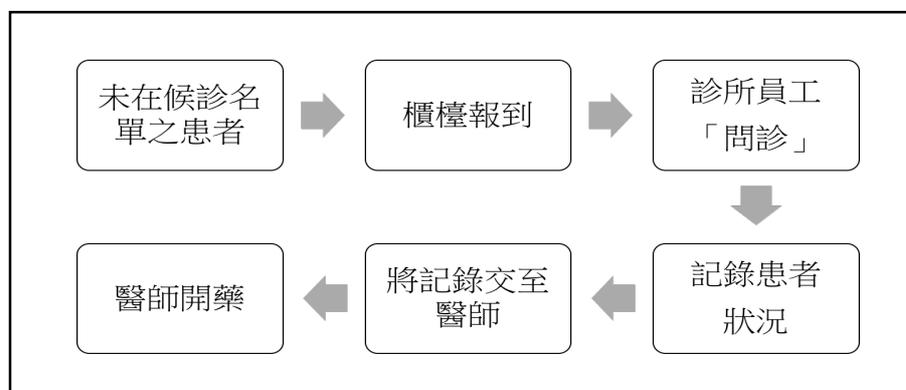


圖 2-5 「拿藥」流程圖

(M 為醫師)

病：醫師，可以要可以再幫我加重嗎？

M：可以啊，你是覺得哪邊不夠嗎？

病：對啊，可以幫我加到完全沒食慾嗎？

M：那這樣要會比較苦喔

病：沒關係

—田野日誌 5 月 8 日

「拿藥」的制度使患者能夠參與醫師藥物的決策，通常醫師會詢問患者希望的每日排便次數和抑制食慾的程度，來考慮藥物的配方，不只是能夠隨心所欲的「購買」減重藥，也能根據個人的意思來加強藥的劑量。患者—消費者的想要，凌駕於醫師專業權威之上，甚至能夠和醫師協商藥的「口味」。由於減重藥粉的配方較苦，不乏有患者要求醫師調整處方，因為再服用後無法接受藥的「口味」，而要求診所從新配製。這顯示出患者將「藥物」為一般商品，是可以根據「消費者的個人喜好」做調配與修改的，而醫師為了配合患者、滿足病患需求，皆會儘可能地在顧慮藥效的同時考量「味道」，透過添加含甜味的藥方，試圖解決患者所反映的藥物過苦的問題，此時，藥物的角色似乎從「治療物」被轉變成了「醫療食品」，藥效的重要性被排到患者口感之下，顛倒了原先服藥是為了控制病情、改善病況的目的。而產生這樣的結果，除了受到醫療消費現象的影響，也不能排除這些看減重門診的患者，因為沒有「非吃不可」的迫切性，因此相較於藥效，是否能「入口」顯得更為重要了。醫師接受患者的予取予求不只展現在藥物上，以上述田野日記摘要為例，面對經期不規律的女性時，醫師還必須事先告知服藥後的「後遺症」，是經期會變得較規律正常。顯示出在醫療消費化的社會中，醫師

在面對「病」時，看到的不只是「病」而是「病人」，病人的感受成了醫師處置時的考量之一，不再只是將治癒疾病作為唯一重視的事。

(R 研究者本人)

女：醫師現在看到幾號了？我可以直接拿藥嗎？

R：這個我要幫你問醫師喔，但還是建議你進診間給他看一下，畢竟你都到這裡了

女：你跟醫師說我的名字就好，她知道，我給她看很久了

R：我先幫你問一下

女：好（塞健保卡給我），跟她說我要拿三個禮拜的藥，拿一樣的

說完，她便轉頭離開

—田野日誌 5 月 22 日

如同在醫病互動與藥物使用的研究中（郭淑珍、吳筱筑，2016），曾以「藥頭」來形容醫師不過問患者的服藥情形，付錢就能領藥的狀況，這樣的情況在診所的「拿藥」制度中也可見，拿藥制度的出現，更明確的證明了醫師逐漸變成了「開藥機器」。自費門診的盛行，加速「醫療服務業」的行成，而患者也被醫師定位在消費者的角色（陳惠雁，2012），在這樣的背景下，患者理所當然地得到了更多與醫師協商的權力，醫師專業權威也就自然而然在「出錢是老大」的消費主義精神下作出退讓，讓顧客的滿意，凌駕於醫師的專業之上。

## （二）埋線療程

「埋線」療程為該診所針對減重患者的療程，類似於醫美的手段，透過侵入式的療法，將醫療用的「細線」埋入人體肌肉層中，當「細線」作為異物的入侵，便會加強促進身體的代謝，進而達到肌肉緊實的效果，主要的埋線位置為容易堆積脂肪的部位，如腹部、大腿內側、臀部下方和手臂。一次埋線的數量為 30 針，醫師會埋在病人希望消除脂肪的部位，通常不會完全集中在同一個部位，而是會分散在兩個部位，最多人同時埋的位置是腹部與大腿內側。埋線的療程約一週進行一次，每次約為 10 至 15 分鐘，預約的方式則因各醫師患者數量的不同，而有所差異。如院長因人數較多，採預約制，且獨立出固定的埋線門診時間；其餘的醫師皆是採掛號制，在一般的門診時間內必須要同時處理不同症狀的患者。

診所埋線療程可分單次和療程購買，兩者皆以不同的組合優惠方式推銷—單次贈送減重茶包，而完整療程（10 次）則包含減重茶包、減重藥粉，透過組合的方式吸引患者購買完整療程。多數患者最初都是以藥物為主要的減重手段，當服藥一段時間後，身體會出現抗藥性，因而使得減重成效停滯，此時醫師與診所員工便會推銷此類患者購買埋線的療程，讓減重效果能夠持續，診所會以「減重藥是掉體重，埋線是塑身，讓身體的線條更好看」的說法，鼓勵患者在服藥後，購買此療程。為了擴大客群，療程開放兩人一起使用，好讓「已知顧客」拉「未知客戶」增加療程的銷售金額，而診所也會要求員工學習推銷埋線療程的術語，盡可能地推銷給適合的患者，並以業績獎勵制鼓勵醫師和診所員工銷售。有些時候，無需診所推銷，部分患者接收到廣告、親朋好友的推薦時，也會主動詢問並購買，並比較與其他設有類似療程診所的價格。

「診所要想辦法把握所有客人，而不是拉攏新的客人，還讓舊的客人離開，要想辦法開拓市場，把握每個客源。」

—田野日誌7月25日

如同先前所提到，肥胖的定義模糊，再加上現今醫美產業的蓬勃發展，使得使用醫療服務者的角色更加混淆，無法明確去界定她們究竟為「病人」或是「消費者」。有趣的是，醫師與埋線者對於本身角色的定位並不相同，診所中的醫師稱埋線者為「病人」，但埋線療程的使用者卻將自己定義為「客人」。當院長埋線人數過多而無法預約時，有不少患者希望診所能開放更多埋線的時段，建議診所應把握每個客源，好滿足所有有埋線需求者，這樣的思維清楚呈現了患者將自我身份定義為消費者而埋線療程是商品，在產品供需不平衡時，診所所有責任找出解決之道，以因應市場的需求。

### 第三節 診所中的醫病互動

#### (一) 醫病關係中的醫師

##### 醫師的魅力權威

(F 診所主任)

排在前幾個的阿姨開心的掛號，一邊向F抱怨著她今天2:40就到診所外排隊了。F笑笑的，不斷和阿姨說「辛苦了、辛苦了，趕快回去休息」

—田野日誌6月9日

如果說藥物和埋線療程被診所當成商品販賣，那麼醫師就如同產品的「代言人」，透過自身醫師得專業權威，為其產品背書。因此由不同醫師所代言的「產品」在銷售上理當然而也會有所差異，除了醫師的醫學專業外，在業界的名聲、學經歷、個人特質和外貌等，都會是影響醫師患者人數的原因之一。此診所之院長在業界廣富盛名，患者除了肯定他的醫術外，更有許多患者是受到院長「年輕帥氣」的傳聞吸引而至，而院長幽默、親切的人格特質也備受患者推崇，其對待患者的態度得到了高度的正面評價。醫術好、人帥又親切的名聲，使得大量的患者蜂擁而至，患者三五好友，成群結隊，不論冬夏和雨晴，都在清晨兩、三點到診所外排隊，等待診所八點鐘開門，過去甚至有患者做起「排隊掛號」的生意，收取費用替他人早起排隊，種種辛苦、克難和誇張的現象，都只為了能順利掛到院長的門診。

借用韋伯對於權威的分類與解釋，醫師的權威應源自醫療專業知識的取得，而特殊的是，患者對於院長的高度信任，卻不完全是來自接受院長治療後的親身體驗，有許多患者即使未曾接受過院長的治療，受到名氣的影響，仍堅持要由院

長為其治療。院長產生了如魅力型的權威，患者受到院長非典型的個人特質吸引，而心悅誠服的信任醫師的治療。院長「被神化」的醫術，以及幽默風趣的看診方式，造成大量的瘋狂患者爭相掛號，且非院長的診不看，患者高度推崇院長的現象，使得院長的光環變相壓迫著患者對於診所內其他醫師的信任。

(R 研究者本人)

病：誒，我想看那個...Z醫師喔，他是院長吧

R：對，但是他的今天沒有門診，只有埋線療程，要看的話可能要換別的醫師

病：蛤，是喔

R：你要看哪個部分？

病：什麼？

R：痲，你要看傷科還是內科？

病：喔，我要看調身體的啊

R：好，那你可以先掛今天晚上的另一位醫師

病：是喔，啊今天晚上是誰？

R：來（名片），這邊是J醫師的名片，你可以參考一下

病：蛤...那他會看調身體嗎（相當不情願）

R：痲...以醫師的專業應該是可能的...

病：喔，我進去醫師應該不會跟我說他不會看吧？（態度非常懷疑、不屑）

—田野日誌6月1日

(F 為診所主任)

F告知她們院長的掛號已經滿了，姊姊看起來不太開心，妹妹和F則開始努力說服她。

妹：那還是你今天要先看別的醫師啊

姊：還有誰啊，我...（很不情願）

F：今天早上有M醫師

妹：那你要不要看一個叫M醫師的

姊：隨便啊，有效就好啊（態度非常消極）

F：有啊，有效啊，因為醫師基本的用藥都差不多，所以其實效果也是差不多的

姊：喔，好吧

—田野日誌6月9日

此二則田野日誌的摘錄，顯示出患者對於診所中其他醫師的不信任，「調理身體」為中醫基本能力，研究者對於患者所提出的質疑感到訝異，當患者無法順利掛到院長的診時，時常會面有愠色的抱怨、懷疑其他醫師的專業。面對這些狀

況，診所員工會儘可能的安撫患者，說服她們接受其他醫師的治療。無論是院長或是診所員工，為了消彌診所患者分配嚴重不均的現象，皆會以「醫師開藥配方相似」說服患者接受其他醫師的治療，多數患者在別無他法的情況下只好欣然接受，但部分患者會心不甘情不願地妥協，產生憤怒、不滿的情緒。

(M 為醫師、Z 為院長)

M：這次狀況怎麼樣？

病：還可以

M：那吃藥有拉肚子嗎

病：Z 醫師有說...吃著個藥會拉肚子

M：對啊，所以我問你拉肚子的狀況還好嗎

病：有時候比較多，但還可以...

—田野日誌 6 月 5 日

當原先欲接受院長治療的患者，被迫要接受其他位看診人數較少的醫師時，有時會利用前一位「舊」醫師的醫囑與診斷，挑戰「新」醫師的權威和對於病症的判斷，或是要求其他醫師照院長的處方，開立一樣的藥，以表達對於醫師的不信任。

## (二) 醫病關係中的患者

### 以出走作為協商的籌碼

(R 研究者本人)

R：○○○(診所名)，你好。

女：小姐你好，我是台東，外縣市要預約的。

這名女性的聲音聽起來大概五、六十歲。

R：你要約什麼時候？明天應該都滿了喔

女：啊我現在就要去坐飛機去台北了欸

R：那可能沒辦法幫你看欸

女：沒關係啊，我現在已經要坐車了，我直接去問 Z 醫師看看

R：這樣我怕你會白跑一趟欸，

R：不好意思，你下次可能要早點打電話來喔，不然就會沒名額...你是要看明天的嗎？

R 發現明天剛好還有一個名額，再次和那位女性確認。

女：對啊，明天的

R：好，那請問你的名字是？

女：PPP、GGG、XXX

她快速地唸了三個不同的名字，R 趕緊打斷她。

R：小姐，你是有三個人要看嗎？

女：對啊

(詢問其他診所員工)

R：小姐真的沒辦法，我怕你過來的話會白跑一趟

女：那不行就不行，我就先去啊，不是只有台北有，台東也有中醫齣

R：.....痾

女：如果不看就不看，我就回台東看，不是只有台北有，台東也有中醫齣

R：好

—田野日誌 5 月 17 日

患者企圖藉由出走牽制的行為，在過去「逛醫院」（張苙雲，1998）的研究中就曾指出，當醫師沒有切中病人的痛處，病人不願、不能接受一者的處理時，便出現病人「逛」醫院診所的行為，以轉換到其他醫療機構。當患者無法順利掛號時，卻將轉換治療單位作為與醫師、診所談判的籌碼，藉此向醫師、診所協商以達成目的；診所為了留住患者，診所皆會盡可能接受他們的要求。其中最常見的狀況是：部分患者為順利看診，會透過跟著有掛到號的朋友進診間，當面要求醫師替其加掛。無論診所員工如何阻止，他們仍會堅持要當面得到醫師的回覆，因為她們知道院長對於患者的要求是照單全收的。當患者破壞診所掛號規則，成功掛到號時，醫師的許可會使病人認為自己擁有「特權」，而增加她們留在診所的意願。

(Z 為院長、R 為研究者)

Z：那如果他說『我從花蓮來勒？』（他笑著看 R 的反應）

R：就...

Z：你看吧，這樣就真的沒辦法了。搞不好跟他「盧」的時間我都可以再看兩個病人了...

—田野日誌 5 月 3 日

事實上，院長無條件接受患者加掛要求的理由，是經過多方的考量下所得出的最佳解法。當研究者詢問院長「為何總是願意接受患者無理要求」時，他表示這不只是考慮到患者的個人感受，更是考量看診效率，在有大量患者在候診時，

花時間去維護規定是不明智的，向患者溝通診所規定的每一分鐘，相對看診而言都是浪費的，更何況這樣「講道理」的行為，還會惹得患者不愉快。此一想法呈現出消費主義的精神，同時影響了醫師和患者對於醫病關係的態度與行為，醫師將「滿足消費者（患者）」視為首要的任務，而患者也習以為常，認為本該如此。

### 不遵醫囑，減重責任的轉移

減重門診的患者除了透過藥物的協助外，醫師也會提醒患者注意飲食和培養運動習慣，以減少停藥後的復胖現象，但並非所有減重患者都能遵從醫囑。遵醫囑指的是患者能按照醫護人員的建議，從事其認為合適的醫療或健康行為，包含服藥、飲食或生活型態的調整。不只是減重患者「不聽話」，在其他病症的研究中，都可看到患者有不遵守醫囑的行為，如不服藥或拒絕修正不健康的生活型態（蔡友月，2013）。對於減少體重方式的普遍認知為「減少食用高熱量食物」、「多喝水增加代謝」和「多運動」等，這些觀念診所員工和醫師在每次看診時，也都不斷的提醒患者做好飲食方面的自我控制，卻仍有不少患者帶著高熱量的油炸食物、飲品在等候看診時一邊食用。當診所員工以開玩笑的方式提醒有減重需求者應避免食用該類食品時，患者們便笑著回答「沒關係，我們還有院長」。

減重患者們雖然能遵照醫師指示定時服藥，但在飲食及生活行為方面，卻不願調整錯誤的飲食習慣和生活型態，反而將自身減重責任，視為醫師的責任，單方面的依賴醫師所開立的藥物，期望藉由藥物的協助，輕鬆達成減重的目的，將疾病痊癒的責任加諸在醫師身上。雖說減重的療程如同慢性病的治療般需長服藥，但減重藥的功能卻又不像許多慢性病藥物有「絕對的」必要性，如控制血壓等。從實質面來看，即使這些根本不需要減重的「減重患者」不服藥，對於他們的身體並不會產生什麼影響，既然減重藥不是非吃不可，「吃藥」的這個行為，本身就可以算是欲減重者們而外做的努力了。

（M 為醫師）

病：M 醫師水腫（藥）可以在幫我加一點嗎？我今天不知道為什麼水腫好嚴重，整個腿都好腫

M：對啊，你自己有感覺齁

病：為什麼會這樣啊？

M：你有沒有喝飲料啊？

病：有欸，是因為甜還是因為冰啊？

M：基本上是因為冰，但長期喝甜的一定會胖

病：蛤，可是我每天都喝欸，天氣太熱了

M：對啊，那要少喝啊

M 醫師幫病患改藥結束，下樓去繳費。

病患繳完藥費上樓後，似乎不想相信剛才那個問題的答案，又問了醫師一次。

病：所以是喝冰會胖？

M：冰的、甜的都會啊，所以要少喝飲料啦

—田野日誌 5 月 15 日

不只是期待能夠完全借助藥物達成減重成果，在接受「叮嚀」時，有的患者會反覆的詢問醫師或診所員工肥胖造成的原因，以及其他有利減重的飲食資訊，但這樣的詢問並非是要確認未知的知識，而是期待醫師能提供更簡單有效減重的方法，使自己在不必修正錯誤飲食習慣的同時，又可藉由外物輕鬆簡單的達成減重的目的。

### (三) 較緊密的醫病關係

M：誒你今天不用帶小孩喔

病：對啊，放在家裡給老公帶

M：這樣你可以放心喔，要快點幫你用一用，讓你趕快回家，不然不知道家裡會變得怎樣。

病：對啊.....

( 開始大聊媽媽經 )

—田野日誌 5 月 8 日

M：我那時候生的時候我應該要堅持，不要聽醫師的話，打催生針的

病：那個不是會直接打在點滴裡面的嗎

M：對啊，我那時候應該可自然生的

病：我那時候就直接在點滴裡了

M：我覺得那根本是醫生他們想早點下班，才硬要我打，當初應該要堅持的...

—田野日誌 6 月 12 日

埋線療程的治療形式，相較於診所中其他的治療，醫師與患者有較長的時間互動，使得醫師與患者的關係，相較於一般看診的患者更加緊密。除了長時間的互動使然，醫病關係的緊密也和醫師、多數患者的性別有極大的關聯。進行埋線療程時，由於侵入性的埋線，會使患者感受到一定程度的疼痛，因此醫師會一邊埋線，一邊與患者交談，以分散患者的注意力，減緩其對於痛感的關注。醫師和多數埋線患者一樣，皆為已婚女性，因此在兩方具有共同身體經驗的背景下，話題皆圍繞著家庭和孩子，如生產、育兒和家務等。在這 15 分鐘內，醫師與患者彼此分享著女性獨有的生命經驗，有利增加患者對於醫師的信任。從摘錄的對話中也可發現，諸如此類的談話使醫師和患者似乎成了朋友，不只互相分享生活瑣事，也設身處地的給予對方意見，有時醫師甚至必須充當「和事佬」，幫忙調解患者與其家人間的衝突，如有名女性與其母親皆為該女醫師的埋線患者，當母女有衝突和摩擦時，M 醫師成了該對母女的「傳話筒」，從中安撫、協助兩人。

#### 第四節 非醫療專業者的角色

(D 為診所員工)

病：你好我要拿藥

D：你要拿幾週的藥？

病：兩週

D：好我幫你看一下

D 插入病患的健保卡，查詢她前一次的拿藥紀錄

D：你先在一天上幾次廁所？

病：大概一、兩次

D：你覺得這樣夠嗎？

病：我覺得可以

D 對照藥名所對應的症狀，D 問病人

D：好，那排便就先不幫你加(藥的劑量)，那食慾呢？還會不會很容易餓？

病：有一點

D：那再請醫師幫你加一些抑制食慾的(藥)

病：好

D：那水腫呢？之前醫師這邊有幫你開水腫的藥，有好一點嗎

病：應該有

D：好，那就這樣，稍等一下喔

說完，D 將健保卡拿進診間給醫師。

—田野日誌 5 月 26 日

#### 診所員工的越權

診所員工主要可分為兩類，一是負責診所業務、協助醫師的助理，多數皆為女性，由於無醫療專業背景，因此患者不會稱她們是「護士」，而是稱「小姐」；另外一類是負責推拿的人員則被稱為「師傅」，多數以男性為主，而他們同樣不具有醫護的專業背景。由於健保給付中醫處方調劑費低，藥師薪資高，許多診所為了降低人事成本的支出，多半會聘請不合格的員工協助櫃檯掛號、叫藥和調劑等。非依照法律的雇工，一直以來都備受爭議，如中醫的調劑權。過去曾有報導指出：幾乎所有中藥調劑者皆無執照，不只引起了民眾的擔憂，也迫使得衛生署必須正視此問題。目前藥事法對於中醫的調劑規定，相較於西醫的規範顯得鬆散許多，存在著許多模糊的灰色地帶，「中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。」，部分醫療機構將此條解讀為「只要是在中醫師監督之下便可調劑」，因此才会有許多中醫診所遊走法律的模糊，聘用低價的非藥事人員調劑（余萬能，2012）。

<sup>5</sup>引用自〈中藥調劑員 幾全無照〉 蘋果日報 2011/5/6

<https://tw.appledaily.com/headline/daily/20110506/33369137/>

<sup>6</sup>藥事法第 37 條：藥品之調劑，非依一定作業程序，不得為之；其作業準則，由中央衛生主管機關定之。前項調劑應由藥師為之。但不含麻醉藥品者，得由藥劑生為之。醫院中之藥品之調劑，應由藥師為之。但本法八十二年二月五日修正施行前已在醫院中服務之藥劑生，適用前項規定，並得繼續或轉院任職。中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。

(A、D 皆為診所員工)

A：我肚子真的好痛

D：那你可以吃胃舒寧啊

A：可是是便秘那種痛欸，胃舒寧不是吃胃痛的嗎

D：那不然...你潤腸丸吃三克好了

—田野日誌 5 月 25 日

在診所的拿藥制度中，非醫療專業者的診所「小姐」扮演了一個相當重要的角色，作為醫師與患者的仲介者，一方面替醫師「問診」，一方面替患者向醫師轉達病情。俗語說「久病成良醫」，如果說病人並久了，能夠更了解自我的身體狀態與疾病的話，那麼，診所員工在長期處在醫療機構中，日復一日的接觸相同病症（如減重、睡眠障礙）的患者後，對於患者常遇到的問題和藥物知識有了一定程度的瞭解，她們幾乎能夠自主的回答患者所有的問題，不需要重新詢問醫師，針對這些問題，也能提供正確的因應方法。特別是針對減重，診所員工們對於減重相關知識的了解，不單只是因為大量減重患者重複的提問的訓練，使她們因熟悉而能順利回答，也是因為幾乎所有診所的員工都有服用醫師所開立的減重藥，有了個人的服藥經驗，也對於減重藥物的使用有了更高層次的理解。她們也時常會與患者分享服藥的體驗，化身成「代言人」將自身作為診所減重藥物療效的展現。在長期「越俎代庖」問診和調劑的工作下，診所員工透過藥物知識、行政處理與個人的服藥經驗，「由外」得到醫師與患者的信任，「由內」則產生自我信任，當身體有輕為不適時，便會跳過醫師診斷，由自己或是員工彼此討論、判斷該以何種藥物治療自身的不適。

#### 過度親密的患者與診所員工

過去，患者送禮給醫師的行為相當常見，但在此診所中，患者不只贈禮給醫師，更多的病患是專程購買食物給診所員工的，她們以「朋友」與診所員工相稱，能夠喊出當日值班小姐的名字，即使沒有看診需求，也仍會不時到診所與診所員工聊聊天。患者透過送禮、談天拉攏彼此關係，希望員工能以「掛號名額」，或是以其他看診上的便利，如能較快的領藥等方式回饋給她們。除了過分親密的互稱好友外，患者甚至出現自主服務的現象，為了使診所運作順利，有患者主動為診所製作號碼牌，讓員工在處理大量排隊病患時能更快速。

#### 第五節 醫療保險的濫用：過卡、診斷證明的開立

濫用健保的事件在台灣屢見不鮮，而這個問題同樣也發生在研究者所觀察的這間中醫診所中，其中最常見的形式有兩種：「過卡」和開立不實、偽造之診斷證明書。

##### 「過卡」

「把這個(健保卡)給醫師過卡」研究者初入田野時經常聽到「過卡」一詞，而當研究者向其他診所員工詢問時，卻沒有人願意解釋此一詞的意思，直到研究者與田野中的被觀察者有了較深入的認識和了解後，才明白「過卡」指的是利用投保保險公司中「實支實付傷害保險」的項目，在未實際看診的情況下，掛號留下看診紀錄，日後要求醫師開立不實、偽造的診斷證明，使患者能向保險公司申

請掛號費等自費支出的給付。

關於保險實支實付，各保險公司皆有不同方案與規定，細節與內容相當複雜，因此研究者以台灣人壽<sup>7</sup>、遠雄人壽<sup>8</sup>和華南產物<sup>9</sup>的傷害醫療保險條款為例，保險契約皆明確規定「被保險人若在投保期間內發生意外傷害事故，在事故發生的一百八十日內，經合法醫療院所中治療、診斷，保險公司便會就實際醫療費用，超過全民健康保險給付的部分，給付實支實付傷害醫療保險金」。藉由投保上述所說的保險，有些針傷科患者即使沒有受傷仍每日至診所掛號，讓診所員工直接將健保卡送入診間，要求醫師直接讀卡。不只是診所患者，幾乎所有診所員工也用同樣的方式賺取保險金，診所員工利用診所提供給員工「免費看診」的福利，能在未實際支付掛號費的情況下，申請給付。有患者為了提高單次看診所能得到的給付金，同時高達九間的保險公司中投保實支實付的項目後，每日到診所「過卡」，扣掉基本的健保費後，一個月據說可領到高到三萬元的保險給付。糟糕的是，醫師不但沒有阻止「過卡」的發生，反而在此行動中扮演了重要的協助角色，更可大的是，更有診所員工指出「過卡」行為並非個案，而發生在台灣各個診所中的普遍現象。

### 不實的診斷證明

(D 為診所員工、J 為診所男醫師、Z 為院長)

D: J 醫師之前幫 OOO 開的病名是扭傷，現在 OOO 打回來說，保險不給她請，那現在怎麼辦？

Z: 那要跟 J 醫師說一下。

—田野日誌 5 月 1 日

開立診斷證明對醫師來說看似稀鬆平常，但事實上，醫師並非單純依照診斷出的「病」如實開立，而是會受到外在因素的干預的。上述引文所謂的「說一下」，院長的意思是要 J 醫師重新開立符合患者保險申請的病名，在 J 醫師初至診所開診的期間，時常發生幾次類似的事件，起因是醫師「太誠實」的開立診斷證明書，使得數名患者無法順利申請給付金，而向診所反應，為此，院長還特地與 J 醫師「討論」診斷證明的開立。醫療保險的申請有嚴格的規定和限制，病名和傷害的原因都是申請給付金的標準和依據，因此醫師以什麼名目開立病名變得相當的重要，這攸關到患者能否順利申請保險公司的補助，在過去有也有相似的爭議——患者和保險公司對於「扭傷」或「挫傷」何者理賠，何者不賠，爭論不休。但要求醫師開立的診斷證明，要符合複雜、分歧的保險公司規定實在相當不合理。

「過卡」或開立不實診斷證明的行為，無論對診所醫師或是患者本身而言都是有好處的：診所一方面可已透過「過卡」累積更高健保點數，另一方面，亦可

<sup>7</sup> 參考台灣人壽新實支實付傷害醫療保險金附約 保險單條款(BI0)

<sup>8</sup> 參考遠雄人壽實支實付傷害醫療保險金附加條款

<sup>9</sup> 參考華南產物個人傷害保險(標準型) 傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型)

與患者保持「合作」關係，滿足患者需求、協助保險金申請，共同從中獲利，這也是為什麼診所難以拒絕、無法抵擋誘惑的原因。

## 五、結論與討論

在消費主義充斥的現代社會中，醫療服務被視為可被販售的商品，藥物不只能夠輕易地取得，還能隨個人喜好調整；埋線這類的醫療行為能被當成一般產品推銷，醫師與診所員工成了推銷員，患者成了消費者，醫療業成了服務業，強調商品的銷售和診所的營收，忽視了醫師的專業和醫療治癒疾病的本質。診所考量是如何將醫師的看診效率提到最高，使診所能夠接收更多的患者，讓診所能有更高的營收。減重患者的就醫模式更是大幅度的翻轉了傳統由醫師專業診斷病情的方式，不同於過去醫師以單向權威式的命令進行醫療行為，減重患者幾乎可說是完全取得對於自我病症診斷的決定權。而為了達成提高利潤的目標，醫師和診所員工，和患者間的互動變得相當重要，患者似於消費者的角色，而診所將自己定義成服務業，醫師與診所員工則成了醫療服務的推銷員，將看診、藥品和療程當成可純粹販售的商品。「拿藥制度」在醫師未實際會診患者的情況下，僅透過非專業醫療背景的診所員工進行粗略的「問診」，詢問一些基本的問題如飲食、睡眠和排便狀況等，便替患者開藥的行為其實相當危險，即使診所員工具有常見病症的基本知識，但她們卻無法透過患者的生理特徵，如皮膚、眼睛或聲音等狀態，替醫師判斷患者當下的身體狀況是否適合繼續加重藥物。因此，醫師在病人資訊不充分的情況下開藥，可能造成患者服用不合適的藥物，引發身體不適。

從研究中可看到，當患者因長期回診、特殊療程，而與醫師有長時間互動時，會使得醫病關係變得更為緊密，特別是當醫師與患者有共同身體經驗時，彼此會分享各自的經驗，這樣的關係提升了患者對於醫師的信任，也因而未診所帶來更多的客源，提升診所的營收。而患者對於不同的醫師有著不同的信任，這也使得醫師不只要面對因資訊爆炸時代，患者取的資訊的討戰，當做出與其他醫師不同的診斷時，還必須向患者解釋，捍衛自身的專業。雖然並非所有患者都明確清楚了解，診所員工並無醫療專業，但由於她們長時間負責醫療相關業務，多數的患者也選擇相信診所員工所給予的用藥提醒及建議，在研究者調查的十個月裡，也鮮少有患者對於診所員工的身份背景提出質疑，而即使患者知道了其背景，也未感到驚訝。對於被稱為「客人」，有的換著也不以為意的以消費者自居，希望診所能提供更利於他的領藥、候診服務，這便是在這個消費化社會中，醫療組織所呈現出的樣貌。

而本文也針對醫療保險濫用的現象做出說明，事實上含有著譴責的意味，因為研究者認為，全民健保固然有其制度上的缺陷，但台灣民眾貪小便宜的心態與行為，也確實是造成健保破產危機的兇手之一，當這些「鑽漏洞」的狀況廣泛的發生在各個醫療機構中時，無論是醫師、病人或是診所員工皆難辭其咎。因此我國的健保制度的法規應有所修正，並落實監督，以減少民眾濫用健保資源，而醫療機構則應保有道德心，民眾，或是醫療單位，都不該以個人的利益侵犯全體國民的權益。

## 參考文獻

- 成令方 (2002)。醫「用」關係的知識與權力。台灣社會學, (3), 11-71。  
doi:10.6676/TS.2002.3.11
- 林淑瓊、張銀益、林宣均 (2016)。從醫病關係管理觀點探討醫療服務與病人的互動關係。慈濟科技大學學報, (3), 67-99。
- 吳嘉苓、黃于玲 (2002)。順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析。台灣社會學, (3), 73-117。doi:10.6676/TS.2002.3.73
- 洪宗言 (2008)。諮商師對家暴加害人抗拒行為之理解(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/56t85c>
- 洪丞奇 (2017)。以壓力、合理化、職務機會分析醫師參與保險犯罪行為(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/2ur5sr>
- 紀櫻珍、紀琍琍、吳振龍、黃松元 (2006)。醫學倫理與醫病關係。北市醫學雜誌, 3(12), 1-11。doi:10.6200/TCMJ.2006.3.12.01
- 黃怡超 (2018)。中醫藥在台灣發展之現況與展望。台北市中醫醫學雜誌, 24(1), 1-3。doi:10.6718/TJCM.201803\_24(1).0001
- 張苙雲 (1998)。「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析。臺灣社會學刊, (21), 59-87。doi:10.6786/TJS.199810.0059
- 張育茹 (2017)。台灣醫療體系改革中醫病關係的變遷(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/2346db>
- 張雪君 (2007)。田野工作經驗之反思。社會科教育研究, (12), 179-203。  
doi:10.6556/TJSSER.2007.12.5
- 莊宇慧、Jennifer Abbey (2005)。民族誌與護理研究。護理雜誌, 52(6), 49-56。  
doi:10.6224/JN.52.6.49
- 莊錦賜、林芳如 (2011)。台灣顧客滿意指數模型之研究—以中醫診所為例。嶺東學報, (29), 19-55。doi:10.29850/LTJ.201106.0002
- 郭素珍 (2011)。以病人為中心的醫病關係。應用倫理評論, (50), 73-90。  
doi:10.29904/JAF.201104.0003
- 郭淑珍、吳筱筑 (2016)。醫病互動對失眠者使用藥物行為的影響。人文社會與醫療學刊, (3), 177-201。doi:10.6279/JHSSM.2016.3(1).07
- 郭俊偉 (2004)。身體·權力·醫療化：探討小兒科醫師之論述場域(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ba6hux>
- 陳惠雁 (2013)。台灣的醫病關係：權力與角色變遷之研究(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/7264wu>
- 陳敏郎 (2014)。「侵犯」或是「斷裂」？醫療專業權力社會實踐初探。庶民文化研究, (9), 1-50。
- 陳俞沛、林建智 (2012)。中醫師醫療業務責任保險之相關法律問題。中正大學法學集刊, (37), 189-239。doi:10.30094/NCCULJ.201211.0004
- 陳俞沛、林建智 (2011)。中醫醫療糾紛及其風險管理。風險管理學報, 13(1), 73-102。doi:10.30003/JRM.201106.0004
- 曾宣靜、林昭庚、孫茂峰 (2016)。中醫與醫療法律之文獻探討。通識教育學報, (20), 25-57。
- 程永明 (2010)。醫院行銷公關與醫病關係連結對醫病關係維繫之影響。顧客滿意學刊, 6(1), 55-88。doi:10.30066/JCS.201003.0003
- 楊儒晟 (2015)。醫療商品化與醫師實作體制：論美容醫學的倫理可能與限制(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/d7wj3w>

- 雷祥麟 (2003)。負責任的醫生與有信仰的病人—中西醫論爭與醫病關係在民國時期的轉變。新史學，14(1)，45-96。doi:10.6756/NH.200303.0045
- 蔡友月 (2013)。遵 / 不遵醫囑？國家偏遠醫療治理與達悟族精神失序者的「混亂敘事」。台灣社會研究季刊，(92)，73-140。
- 蔡友月 (2004)。台灣癌症患者的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力。臺灣社會學刊，(33)，51-108。doi:10.6786/TJS.200412.0051
- 廖瑞琪 (2011)。醫病關係＝關懷關係？。應用倫理評論，(50)，127-152。doi:10.29904/JAF.201104.0006
- 謝博生 (1997)。迎向 21 世紀的醫療保健與醫學教育。醫學教育，1(1)，5-10。
- 顏如娟、許明暉 (2007)。從資訊揭露與醫病雙方共同決策談醫病關係的演化。北市醫學雜誌，4(8)，643-649。doi:10.6200/TCMJ.2007.4.8.01