

2017 台灣社會學會年會

## 醫療崩壞與病人安全：醫師的專業勞動制度分析

林昌宏

東海大學社會學系博士班、台中慈濟醫院主治醫師

摘要：

全民健保實施二十年來，台灣社會各階層皆肯定這種價格低廉且服務良好的醫療制度，高科技醫療設備與先進藥品也使許多疾病獲得控制。然而，受到健保支付制度設計的影響，醫療場域的生態朝向財團化與大型化的醫院發展，醫師也從以往被認為是高度自主性的專業人士，轉變為財團企業底下的高級技術性勞工；更嚴重的是，出現急重症科別人力不均、醫療人球、血汗醫院、醫療糾紛等所謂“醫療崩壞”的現象。

Marx 指出勞動過程包含了具目的性的勞動、勞動對象及生產工具等，而資本主義生產的特性就在於結合了勞動過程與價值生產過程，剩餘價值取決於資本家是否能夠透過提高生產力來縮短必要勞動時間。資本家藉由生產工具的佔有，不需再受制於手工業時期的熟練工人，從而在工業時代的生產體制中，使得勞動對資本由僅是形式上的從屬轉變為實質。

從前醫師基於專業自主性，其身份甚至不被視為“勞工”；雖然受雇於醫院，但醫院所擁有的生產工具卻是為醫師服務的，醫師對資本的從屬仍停留在形式上，醫師的專業與主導性仍是不容置疑的。1999 年開始在全球興起的「病人安全運動」，從專業的基礎上提出對醫師的質疑與挑戰，當結合到健保支付與醫院評鑑制度時，也讓財團醫院資本家在醫師管理上取得著力點，將醫師對資本的從屬關係轉為實質，而得以進行醫師專業勞動的剝削並加以掩飾。

全民健保所提供的規約性(regulative)架構有其“路徑依賴”的歷史因素(林國明，2003)，制度場域中的行動者有其各自的利益考量，執政者希望解決財務危機並贏取選票、資本家要擴張版圖謀得更多利潤、民眾想以陽春麵價格享受牛肉麵，這些都要有醫療人員的配合才可能實現。然而，冀望無私的奉獻在現代社會是不切實際的，唯有打破醫師專業的壁壘，才能“製造甘願”。本研究試圖指出，台灣醫師的去專業化與普羅化，是發生在醫師的勞動過程之中，其重要機制在於全民健保脈絡下的病人安全運動與醫院評鑑制度。

關鍵詞：勞動過程、醫師、專業、全民健保、病人安全。

## 目錄

|                |      |
|----------------|------|
| 第一章 現象刻劃與問題意識  |      |
| 第一節 前言         | p.2  |
| 第二節 問題意識       | p.3  |
| 第二章 全民健康保險     |      |
| 第一節 政治優先的低成本健保 | p.4  |
| 第二節 崩壞的全民健康保險  | p.9  |
| 第三章 以子之矛，攻子之盾  |      |
| 第一節 專業化的過程     | p.11 |
| 第二節 醫院評鑑制度     | p.14 |
| 第三節 病人安全運動     | p.15 |
| 第四章 醫療為什麼崩壞    |      |
| 第一節 新制度理論      | p.16 |
| 第二節 成也蕭何       | p.19 |
| 第三節 敗也蕭何       | p.20 |
| 第五章 結論         | p.23 |
| 參考文獻           | p.25 |

### 第一章 現象刻劃與問題意識

#### 第一節 前言

1977年5月世界衛生組織(World Health Organization, 以下簡稱WHO)在第30屆世界衛生大會上提出「2000年全球人人享有健康」(Health for All by the Year 2000)的目標，重申「健康」是基本人權，希望於本世紀末世界各國能夠改善醫療衛生保健設施與條件，創造一個良好的及有益於人類健康的社會生態與生活環境，進而提高全人類的生活品質、水準及壽命。1978年WHO於蘇聯阿拉木圖(Alma-Ata)聯合國際會議發表「阿拉木圖全民健康宣言」(Alma-Ata Declaration-Health for All by the Year 2000)，主張衛生保健是政府的職責，所有政府應擬訂出國家的政策、戰略及行動計劃，持續開展國家全面的衛生制度。

WHO的健康宣言延續的是歐美國家社會安全與人權的主流意識型態，西元1883年德意志帝國首相俾斯麥創立了全世界第一個全民健康保險系統，為現代社會保險制度的開端，1945年英國貝弗里奇報告(Beveridge Report)，設計了一整套「從搖籃到墳墓」的公民社會福利制度，並於隔年頒佈的國民保險法，為全英國所有公民提供醫療、就業、養老和其它福利保障。歐美各國多有內容不一的社會安全法案，日本是二次世界大戰後第一個推動完整社會安全制度的亞洲國家，1947年頒佈失業保險法，隨後制訂了國民年金法及厚生年金法等。到了1950年代末期，幾乎所有已開發國家都完成了社會安全法案的建立，但各國的醫療保險是否在社會安全網內，就依其財務的來源而有所不同。美國雖有徵收社會安全稅，但並未涵蓋全面的醫療保險；其他國家健康保險費用多由稅收支應，視為社會福利政策的一部分，且可少掉徵收保費的行政作業。

我國則是另外徵收健康保險費用，健康保險的財源獨立，有利於財務的運用，但相對也有財政赤字的風險。全民健保實施二十年來，台灣社會各階層皆肯定這種價格低廉且服務良好的醫療制度，也使許多疾病獲得控制並延長國民平均壽命。然而，醫療是高成本與高花費的產業，在高科技醫療設備與先進藥品須仰賴進口的情形下，只能靠降低勞動成本或縮減利潤來達成低預算的目標。

提供國民基本的醫療照護已被視為國家應有的功能，也是政府維繫政權合法性的政策。由於人口老化以及醫療科技日新月異，每個實施全民健保的國家都必須面對財務支出不斷上漲的問題，有的國家以守門員（家庭醫師）把關，限制高價醫療（專科醫師、核磁共振等）的可近性；有的藉提高自付額，減少不必要的醫療浪費。這些管控機制或造成長時間等候，或是形成另類的就醫障礙。台灣卻沒有類似加諸於民眾的限制，代之以針對醫界的總額管制方案。在全民健保制度場域中，各行動者有其利益考量，執政者希望解決財務危機並贏取選票、資本家要擴張版圖謀得更多利潤、民眾想以陽春麵價格享受牛肉麵，這些都要有醫療人員的“甘願”配合才可能實現。健保制度受到國家體制的影響，特別是歷史文化與意識型態的作用，不能只探討健保制度的法規與施行辦法，也無法將健保實施成敗及其影響化約為保費計算或是支付制度等財務因素。本研究以新制度理論的視角，探討台灣全民健康保險制度下醫師的專業勞動過程中，規範與文化認知的變遷及其影響，提供未來政策擬定的參考。

## 第二節 問題意識

全民健保實施二十年來，以其低保費高、涵蓋面成為最受民眾肯定的政策，但是對於醫界來說，沿襲公勞保時代的給付制度，並沒有提供合理的醫療專業報酬，地區級的中小型醫院也開始接連關閉或是轉為長期照護機構。從前

醫師基於高入學門檻與擁有艱深難解的醫療專業，其社會地位遠高於一般認知的勞工階級，在法律上也不適用於勞基法而不被視為“勞工”；雖然受雇於醫院，但通常受到醫院老闆極大尊重，保有執行業務時的專業自主性，醫院雖擁有儀器設備等生產工具，但這些工具卻是為醫師服務而不是用來取代醫師的工作，醫師對資本的從屬仍停留在形式上，醫師的專業與主導性仍是不容置疑的。

然而，當醫療場域的生態朝向財團化與大型化醫院發展，醫師也從以往被認為是高度自主的專業人士，轉變為財團企業底下的高級技術性勞工；更嚴重的是，在健保財務限制下，開始出現急重症科別人力不均、醫療人球、血汗醫院、醫療糾紛等所謂“醫療崩壞”的現象。因而有人開始推動醫師加入勞基法、要求限制住院醫師的工時、保障醫師勞動權益等；也有人認為根本原因在於台灣的健保給付太低了，沒有提供合理的報酬，國家醫療保健的預算不夠大。

本研究要問的是，如果全民健保對於醫療的給付太低，以致於許多醫院難以生存，醫師必須靠著長時間勞動以維持收入，那麼，為什麼財團醫院能夠不斷地擴張新建，看似微薄的獲利財報真的能夠支撐嗎？進一步地，要深入探討身為專業人士的醫師，是如何成為財團醫院的生財工具？

為了回答這些問題，我們先從資本主義的運作邏輯來思考。**Marx**指出勞動過程包含了具目的性的勞動、勞動對象及生產工具等，而資本主義生產的特性就在於結合了勞動過程與價值生產過程，剩餘價值取決於資本家是否能夠透過提高生產力來縮短必要勞動時間。資本家藉由生產工具的佔有，不需再受制於手工業時期的熟練工人，從而在工業時代的生產體制中，使得勞動對資本由形式上的從屬轉變為實質。醫療是否同樣能夠適用這種關係呢？被稱為現代醫學之父的**William Osler**，在一百年前教導醫學生「行醫是一種藝術而不是交易，是一種使命而非行業」；如果醫學是門藝術，資本家要如何從醫師手中取得主控權，讓醫師甘願為生產線服務？

醫療負有人道與社會責任，使醫師得以憑藉著醫學專業獲取高於一般人的收入與社會地位，但是醫院仍是被定位在非營利性組織，不得從事醫療廣告或商業活動。然而，我們卻看到完全符合資本主義精神的資本積累與商品化醫療，這些醫療資本家是如何突破醫師專業的壁壘，使醫師的獨立自主執業轉變為實質上從屬於資本？本研究將以新制度主義的視角，從規範與文化的面向進行探討。

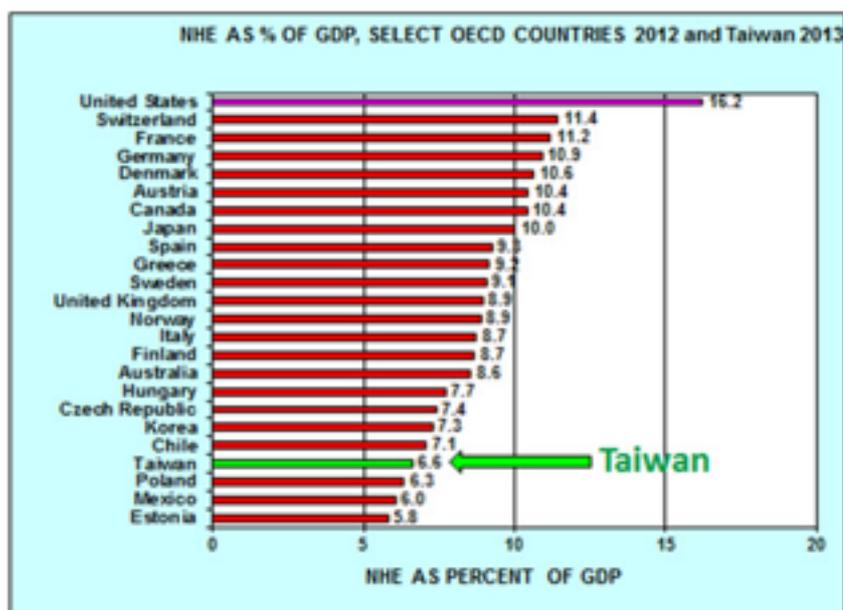
## 第二章 全民健康保險

### 第一節 政治優先的低成本健保

從日據時代以來，西方醫學在台灣的發展一直是受到政治因素所決定(葉永文，2006)，殖民時期是為了確保日本人的統治利益，醫學教育強調的是服從與職場倫理；二戰後的二二八事件，以及國府遷台實施軍事戒嚴的白色恐怖統治，更是大幅耗盡醫界對政治的熱情，而讓醫學完全從屬於政治。歷經80年代的政治動盪，於1987年宣布解除戒嚴，國民黨政權合法性受到日益茁壯的黨外競爭勢力挑戰，以醫療制度化的方式強化國家統治的正當性，經由醫療所進行的社會控制，成為一種具民意認同基礎的政治選項。

1986年立委選舉時有半數候選人提出實施全民健保的政見，行政院也順勢宣布將於2000年實施全民健保，之後又在1989年經建會決定提前到1995年實施。全民健保的七年規劃、一年立法、三天上路，雖遭到醫界的諸多批評，支付制度擬定也排斥醫界的參與，導致醫療專業意見流於形式。林國明(2003)認為台灣的醫療社會保險方案，是在公勞農保面臨嚴重財務危機下，國家統治菁英基於政治目的主動建構的。因此，保費的徵收並不根據精算原則，而是採取低保費的政策，來贏取受益群體的政治支持。由於民意政治的興起，醫療制度經常成為政府施政或政治選戰的操弄議題，以致醫療專業一直存在政治化的傾向。政治壓力滲入健康保險領域，使健保制度複雜化，但也因為政治的考量，使當時實施條件仍不成熟的情況下全民健保得以倉促上路。在這種政治環境下所訂出的支付制度，讓相對弱勢的中小型醫院生存空間受到威脅，健保的財務狀況也一直處於危機中。

全民健保是台灣歷年來民眾滿意度最高的政策，也是少數得到國際注意與肯定的制度。1995年開辦的全民健保受到80年代以來英美國家的新保守主義影響，台灣所採取的策略是將原本依職業分立的保險打破，整合成國家主義模式的單一健保體制，有助於再製威權統治時期的社會保險制度，在日趨激烈的選舉競爭中鞏固民眾支持。政治考量下倉促上路的健保，以中央健保局做為單一保險人，完全依循原有公勞保時代的支付制度，將給付依照醫學中心、區域醫院、地區醫院／診所，區分為三級，同樣看個感冒或是進行盲腸切除手術，就會有不同的給付金額。在同工不同酬的制度下，全民健保與醫院評鑑制度建立起密不可分的關係。加上自從1988年6月29日，衛生署公布「專科醫師分科及甄審辦法」，從初期認定18種專科，陸陸續續增加到25種專科醫師。專科醫師制度使得醫學生畢業後，都必須選擇一項專科執業，也就是說除了開業醫師以外，在大型醫院的醫師逐漸傾向專科醫療，缺少家庭醫師或一般科的初級醫療做為轉診守門員的機制，一般民眾也以為專科醫師是水準較高的醫師，認為到醫學中心才可以得到較好的醫療照護。在未落實分級醫療的精神，民眾可以直接到大醫院就醫的情況下，使醫院朝大型化與財團化發展，大醫院的醫師也因此必須承擔更多工作負荷。



SOURCE: OECD DATA 2014, Taiwan - MOHW 2013

圖1：2013年國民醫療保健支出占國內生產毛額比率

然而，2013年台灣醫療保健支出占國內生產毛額GDP比為 6.6%，不僅遠低於美國之16.9%，也較OECD經濟合作暨發展組織國家會員國(OECD，Organization for Economic Cooperation and Development)中位數的 9.3%為低，僅高於墨西哥、愛沙尼亞及土耳其（圖1）。與同屬東亞地區的日本及韓國相比，除了醫療保健支出占GDP比率較低之外，平均每千人醫師人數也是最低。日本於2008年至2010年醫師人數成長持平(每千人有2.2位)，韓國於2011年也達每千人2.0位，反觀台灣於2011年為每千人1.7位（圖2）。1995年健保開辦初期，投保人數為1,912萬人，納保率為89.5%，2015年納保率已達99.68%。民眾就醫次數在1995年時，每人每年平均門診次數為10.56次，1999年增加為12.28次，2004年1月健保卡從紙卡改為晶片卡，平均每人每年門診次數飆到15.50次，之後各年皆維持在每人每年平均門診就醫次數15次左右。在滿意度方面，全民健保自從1995年開辦以來，只有第一年的民眾不滿意度超過滿意度，之後便迅速拉開差距，滿意度高達八成左右（圖3）。

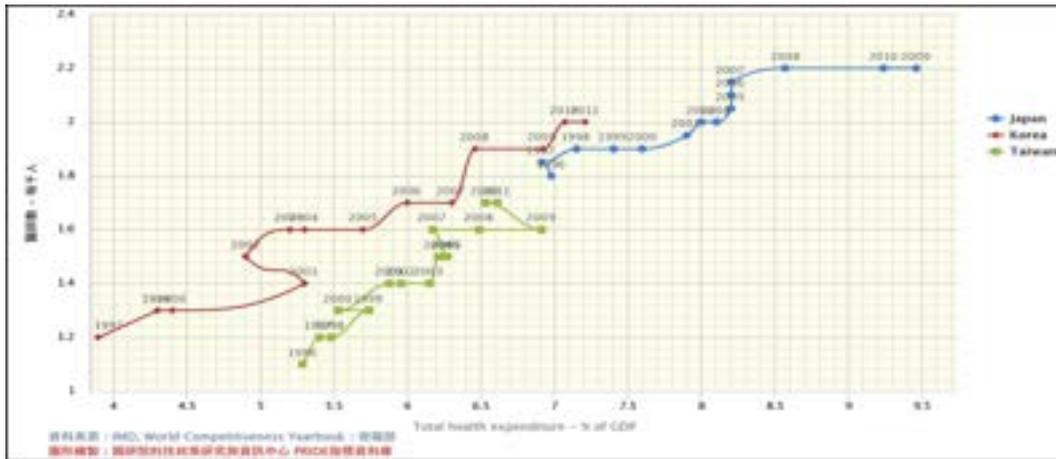


圖2：與日本韓國比較(NHE/GDP, 醫師人力比)



圖3：全民健保歷年滿意度調查結果

美國是全球醫療科技最先進，也是醫療費用成長最快的國家，但是卻仍有大約16%的人口沒有健康保險，且醫療費用與保險費已經高到個人與國家皆難以負荷的地步。再看看同樣施行全民健保的英國，依賴稅收支應的National Health Service, NHS雇員超過一百萬人，除了財務危機之外，民眾長期忍受低效率的醫療服務，政府為了控制醫療費用而不斷壓榨基層醫師的工時，也導致多次醫療人員的罷工。

反觀台灣，在健保實施前，每年醫療費用平均以二位數成長，以1992-1995年為例，年平均醫療費用成長率為10.74-17.37%，健保實施後，醫療費用成長率已不超過9%，自從2002年7月全面實施總額制後，更將平均醫療費用成長率下降至2011年的2.64%（圖4、表1），若將人口老化等自然因素列入，醫療費用實質上出現負的成長率。台灣的醫療保健支出與國際間比較，是以較低的醫療費用，以及較少的醫師人力，去完成一個保險涵蓋面最廣、民眾就醫次數最多、滿意度最高的全民健康保險。台灣的醫療技術從西方而來，藥品設備從歐美進口，為什麼全民健保能夠以低預算做到歐美國家做不到的事？

圖2 歷年國民醫療保健支出成長概況

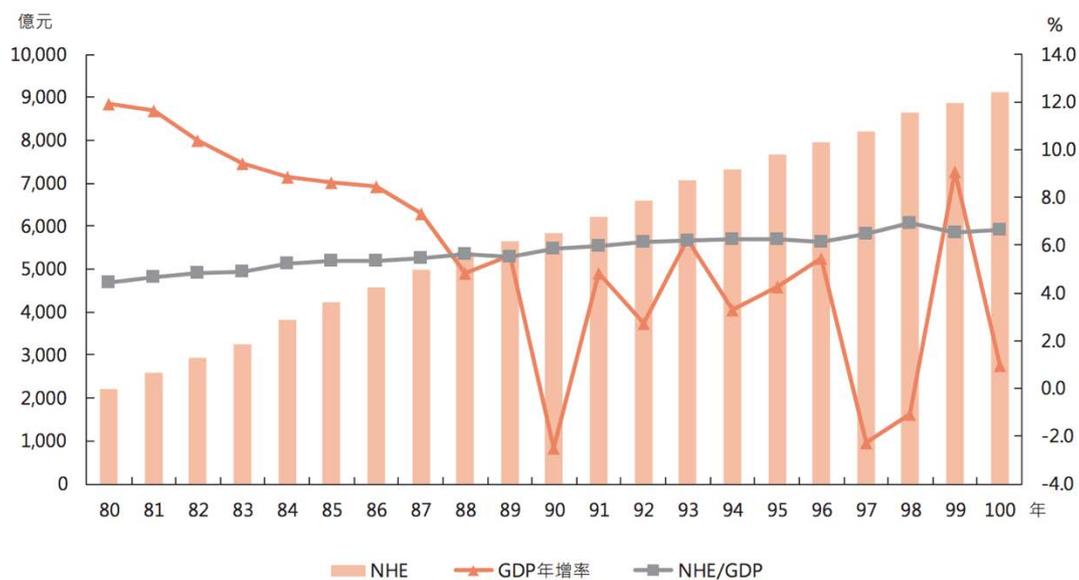


圖4：歷年國民醫療保健支出（資料來源：中華民國100年國民醫療保健支出，行政院衛生署，2012年12月）

表1：歷年國民醫療保健支出（資料來源：中華民國100年國民醫療保健支出，行政院衛生署，2012年12月）

| 年 份     | 國民醫療保健支出 (NHE) |         | 平均每人NHE |         | 平均每人GDP |         | NHE/GDP<br>(%) | GDP年增率<br>(%) |
|---------|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|---------------|
|         | 百萬元            | 年增率 (%) | 元       | 年增率 (%) | 元       | 年增率 (%) |                |               |
| 80 (r)  | 220,722        | ...     | 10,765  | ...     | 241,822 | 10.70   | 4.45           | 11.92         |
| 81 (r)  | 259,052        | 17.37   | 12,512  | 16.23   | 267,315 | 10.54   | 4.68           | 11.62         |
| 82 (r)  | 294,150        | 13.55   | 14,075  | 12.49   | 292,363 | 9.37    | 4.81           | 10.40         |
| 83 (r)  | 325,738        | 10.74   | 15,448  | 9.75    | 317,049 | 8.44    | 4.87           | 9.42          |
| 84 (r)  | 382,195        | 17.33   | 17,971  | 16.33   | 342,188 | 7.93    | 5.25           | 8.86          |
| 85 (r)  | 423,626        | 10.84   | 19,757  | 9.94    | 368,729 | 7.76    | 5.36           | 8.64          |
| 86 (r)  | 458,764        | 8.29    | 21,206  | 7.33    | 396,355 | 7.49    | 5.35           | 8.46          |
| 87 (r)  | 499,471        | 8.87    | 22,874  | 7.87    | 421,519 | 6.35    | 5.43           | 7.34          |
| 88 (r)  | 540,108        | 8.14    | 24,539  | 7.28    | 438,384 | 4.00    | 5.60           | 4.83          |
| 89 (r)  | 563,124        | 4.26    | 25,384  | 3.44    | 459,212 | 4.75    | 5.53           | 5.58          |
| 90 (r)  | 583,775        | 3.67    | 26,130  | 2.94    | 444,489 | -3.21   | 5.88           | -2.52         |
| 91 (r)  | 620,674        | 6.32    | 27,631  | 5.74    | 463,498 | 4.28    | 5.96           | 4.85          |
| 92 (r)  | 657,796        | 5.98    | 29,154  | 5.51    | 474,069 | 2.28    | 6.15           | 2.73          |
| 93 (r)  | 705,353        | 7.23    | 31,146  | 6.83    | 501,849 | 5.86    | 6.21           | 6.25          |
| 94 (r)  | 733,045        | 3.93    | 32,250  | 3.55    | 516,516 | 2.92    | 6.24           | 3.30          |
| 95 (r)  | 766,666        | 4.59    | 33,591  | 4.16    | 536,442 | 3.86    | 6.26           | 4.29          |
| 96 (r)  | 795,662        | 3.78    | 34,719  | 3.36    | 563,349 | 5.02    | 6.16           | 5.45          |
| 97 (r)  | 819,240        | 2.96    | 35,623  | 2.60    | 548,757 | -2.59   | 6.49           | -2.25         |
| 98 (r)  | 863,996        | 5.46    | 37,437  | 5.09    | 540,813 | -1.45   | 6.92           | -1.10         |
| 99 (r)  | 886,834        | 2.64    | 38,323  | 2.37    | 588,317 | 8.78    | 6.51           | 9.08          |
| 100 (p) | 910,267        | 2.64    | 39,247  | 2.41    | 592,846 | 0.77    | 6.62           | 0.96          |

附註：(r) 為修正數；(p) 為初步統計數

## 第二節 崩壞的全民健康保險

在政治優先考量下所制定的全民健保，首要目的是選票，其次是解決公勞農保的財務缺口，醫療品質或是健保財務結構能否因應未來醫療發展需求並不是重點。健保以相對低廉的醫療費用，納保率超過99%，年平均看診次數全球名列前茅，使得健保的財務狀況很快地就亮起紅燈。然而，全民健保的實施原本就是為了政治考量，以低保費爭取選票是既定原則，敢於做出調漲保費決定的首長難逃下台的命運。為了控制醫療費用成長，輿論不斷炒作藥價黑洞與醫療浮報浪費的話題，而模糊了醫界爭取調整延續自公勞保時期不合理支付標準的訴求，也壓縮了原本靠藥價差補貼獲利的空間，成功地控制醫療費用成長。

但是，醫療保健支出成長被限縮，已經不足以支應因為人口老化以及科技進步所帶來的醫療費用需求，使醫療生態出現明顯變化。由於健保預算的餅就是這麼大，當醫療需求增加，給付的點值就會隨之縮水，在利潤率不斷下滑的情況下，沒有辦法以量取勝的小型醫院就面臨營運的壓力。醫院開始朝向大型化與財團化發展，試圖經由醫院評鑑取得醫學中心的資格以獲取較高給付條件；中小型醫院在無利可圖下，只能轉型成為慢性呼吸照護病房或是被醫學中心合併，更有許多關門大吉退出醫療市場，造成醫師若是不想開診所整天看感

冒，就只能受雇於大型醫院。健保實施後急性病床總數從1995年的60092床增加到2014年的128277床，大型的醫學中心、區域醫院，數量分別從13家、48家，成長至29家與67家，但第一線的地區醫院卻由568家減少至333家（表2）。地區醫院減少最多的是偏遠的高屏地區，代表非都會區民眾醫療利用的可近性變差了，偏鄉民眾必須花更遠的路程去看醫生；而且就醫層級提高，費用自然也更高，病人年自付費用從1996年5236元，提昇至2012年的14470元。

除了部分負擔，醫院還會推出各式各樣的自費醫療項目，根據2014年政府公佈的醫療保健支出統計，家庭自付額佔經常性醫療保健支出的百分比從1995年健保開辦時的24.2%（1994年健保開辦前是45.8%）上升到103年的36.8%，最高峰時更達近39%，民眾並未隨著全球稱羨的健保體制而降低家庭醫療支出，自費醫療支出加上健保費用已經成為弱勢家庭沈重的負擔。

表2：醫院等級評鑑統計（黃鴻茗，2013 整理自中央健康保險局2011年）

| 年次    | 醫院級別        |       |              |        |                 |        |
|-------|-------------|-------|--------------|--------|-----------------|--------|
|       | 醫學中心等級      |       | 區域醫院等級       |        | 地區醫院等級          |        |
|       | 醫學中心        | 準醫學中心 | 區域醫院         | 區域教學醫院 | 地區醫院            | 地區教學醫院 |
| 1997年 | 9           | 7     | 32           | 13     | 62              | 389    |
| 1998年 | 9           | 8     | 32           | 16     | 62              | 398    |
| 1999年 | 9           | 9     | 38           | 13     | 65              | 357    |
| 2000年 | 20          | 3     | 59           | 4      | 39              | 336    |
| 2001年 | 23          | 1     | 66           | -      | -               | 401    |
| 2002年 | 23          | -     | 71           | -      | -               | 385    |
| 2003年 | 23          | -     | 72           | -      | -               | 372    |
| 2004年 | 24          | -     | 72           | -      | -               | 359    |
| 2005年 | 22          | -     | 65           | -      | -               | 352    |
| 2006年 | 24          | -     | 55           | -      | 359 (344+新制15)  |        |
| 2007年 | 23          | -     | 44 (20+新制24) |        | 365 (306+新制59)  |        |
| 2008年 | 24 (17+新制7) |       | 新制51         |        | 354 (208+新制146) |        |
| 2009年 | 29 (7+新制22) |       | 新制67         |        | 333 (112+新制221) |        |

健保廿週年，許多人認為全民健保是足以傲視全球的台灣經驗，但數據顯示，在醫療品質方面，五歲至六十歲每千人口的死亡率為男性136人、女性56人，比日、韓、德、澳都高。健保署統計顯示，民眾出院後15至30日內再住院率，從2004年的6.57%成長至2013年的9.03%。2014年急診滯留超過48小時的案例，高達57272件。根據衛生福利部2012年統計，護理人員缺口約7000名，國內病床從2004年的14萬3343床，成長至2012年超過16萬床，但同期護理人員年增率卻從9.48%降至3.48%，每名護理人員照護的病床數增多了。2012年，國內每千床醫師數254名，遠低於香港的450名，各科醫師每週平均工時達72小時。全

民健保被形容為以陽春麵的價格享受牛肉麵，在歡慶健保廿週年時，血汗醫院卻成台灣醫界的代名詞。醫療糾紛與醫病關係惡化，年輕醫師不願從事急重症科，而有所謂招收住院醫師「五大皆空」，紛紛投入醫美及五官科別，導致未來可能出現「醜人有救，病人無醫」的現象，令人疾呼「醫療大崩壞」時代來臨了。

長庚醫院年盈餘超過百億元，卻為了整頓不賺錢的急診室，大動作將醫師免職，急診醫師因而集體請辭事件引起社會譁然。長庚事件所引起的關注和反思，便是財團法人醫院的營利化，是健保實施以來醫院管理為追求利潤最大化的營利現象，導致醫師的專業自主性越來越低。財團法人醫院占健保醫療費用每年高達2千多億，健保每支出5元就有2元進入這幾家醫院的口袋。財團法人醫院應以非營利社會公益為宗旨，現在卻成為挹注母企業的「金雞母」，淨值達5千多億元，財團掌握醫院的銀脈，也有醫院以房租、利息或外包等交易，讓母企業保證每年有豐厚獲利的生意可做。

本研究想要探討的問題，從全民健保的歷史背景與開辦後的發展，可以得到部分解答，也就是在政治考量的健保制度下，醫師受到日據時代以來殖民醫學教育服從精神的制約，習慣於為政治服務而不反抗；再加上健保財務制度的設計，地區醫院失去競爭空間，醫師被迫成為財團醫院的勞工。但是在以低成本達成高滿意度的全民健保制度下，要如何從勞動生產過程中理解為什麼這些財團醫院在低利潤的醫療支付條件下，還能夠不斷地擴張與獲利，進而使握有醫療專業權力的醫師也淪為資本主義運作下受剝削的勞工？

### 第三章 以子之矛，攻子之盾

#### 第一節 專業化的過程

專業化涉及多種條件與社會因素，並不是擁有高深的知識就能建立專業化的領域，除了有知識與技能，還要透過組織取得專業特權，更重要的是建立專業倫理與自主性，以獲得社會的認同。Wilensky (1964) 針對專業化模型提出職業演變為專業所需要的結構面要素，包括創造出全時的工作，且是符合社會需求的工作；建立訓練制度，養成職業所需的專業知識與技能，通常是以學校取得文憑做為進入專業的門檻；組成專業化組織，以劃定專業的內容與界線，並在政治上取得特許權力；形塑專業倫理，對內約束成員的執業行為，對外建立起與客戶及社會之間的關係。醫師完全符合專業化的各項結構性要素，有入學門檻及專業證照、其知識技能為社會所不可或缺、有學協會取得特許權力、更重要的是千年以來醫師誓言在社會建立的專業倫理形象。

吳嘉苓 (2000) 從專業變遷的行動者 (國家、醫師、助產士、消費者) 互動關係，藉由「知識如何透過社會組織而成」的五個機制 (正/異常產的劃分、

工具與技術的使用、教育制度、證照制度、保險制度），來探討台灣助產士的興衰。日治時期，助產士主導台灣的接生市場，醫師與助產士的權力關係為較平等的合作關係。自60年代中後期起，衛生政策在證照、教育、保險上逐漸形塑助產士與醫師實際執業上的上下從屬位置，造成助產士接生率急速下滑。90年代，助產士在幾近滅亡的時局，也從證照、保險、教育等制度著手，成為助產士爭取再生的利器。這部份的歷史考察讓我們看見，助產士的興衰，不是經濟及教育等結構性變遷的必然趨勢，而是各種作用力在特定歷史時空的作用結果。

權力的機制觀點也可以用來分析各行動者之間的關係。例如：麻醉醫師與麻醉護士（麻姐）、醫師（外科）助手從枱面下演變成現今專科護理師的制度、醫學美容專科的建立等等。專業的建立，需要國家機器的介入，國家與專業的關係不斷地在改變，可以是利益維護的主導者或共謀，也可以成為抗爭的對象。當我們將醫師的執業過程放到醫療場域中來看，醫師、醫院經營者、國家這三個主要行動者有各自的目的與考量，專業化也就成為一種權力較勁，不斷地再專業化的過程。全民健保從制度設計到實行，都充滿了權力較勁的過程，不可避免地使醫師這個專業出現再專業化的現象。

1970年代興起的「權力論」專業社會學分析，強調專業興起並非某些社會結構下必然的產物，而是某一職業為達到其優勢地位，所展現的權力角力過程。早期著眼於專業特質與功能的角力，認為專業人員能擁有獨特地位的原因在於利他，能夠提供解決問題的專門技術知識，做出有別於其他職業的特殊貢獻；但是「權力論」以批判的觀點提出，「專業化」是為了職業獨佔、市場壟斷、優勢社會地位鞏固、甚或父權複製。

Johnson（1972）在其《專業與權力》（Professions and Power）一書中，認為專業者自己所提出的專業定義；如「利他」等元素，根本可能只是一個取得專業特權合法性的策略性宣稱，而非專業者實際的特質。社會所認可專業性的高低，往往與其實際解決問題的能力並無直接關聯。Freidson（1988）質疑專業特質中所謂「抽象知識體系的長時期專門訓練」，到底是多抽象、時間多長、專門到什麼地步，都很難有精確標準。所謂專業的最主要特質，在於一個職業對於其訓練過程、證照標準、以及工作的執行，得到全然的自主性

（autonomy），社會學的分析重點應在於，這個得到全然自主性的過程，根本上是個政治與社會的過程，而非純然根據其技術特性。達到全然自主性的過程中，運用權力與創造說詞的重要性，遠比該職業在知識上、訓練上與工作本身的客觀特性來得大。全民健保要以低預算達成高滿意度，沒有醫師的配合是不可能完成的任務，因此需要合理的說詞與權力運作機制，才能打破醫師專業的自主性，讓醫師甘願合作付出。

醫師的專業化在西方醫學的發展過程中似乎是相當自然的事，雖然在早期仍有走方郎中與另類醫療的挑戰，但隨著現代醫學的發展，不斷積累的知識與科技突破，加上醫療原本具有利他的本質，造就出70年代的醫師執業黃金時期。然而，McKinlay（2002）指出醫師專業已經開始普羅化，資本主義化的醫療已經侵蝕了專業倫理，使醫師地位與醫療行為產生變化。他以中世紀僧侶的衰敗來比喻目前醫師的處境，認為不能僅從內部改變來期待改善，而應了解整體影響因素。McKinlay提出的主要因素：國家從多元化轉變為新右派的新自由主義，以前保護醫師角色的健康照護結構，轉為政府角色淡化而企業影響力增加，使得專業漸漸被侵蝕；醫療行政管理隨著財團介入而喪失經濟自主，大型化的醫院也導致官僚化的現象，使許多醫師失去臨床自主的權利，受雇醫師比例逐年增加，醫師成為生產線上的一部分，分工及標準作業侵犯了醫師自主權；來自其他醫護人員的新競爭，使追逐利益的業主以低成本的替代人力，例如：專科護理師來削弱醫師的專業地位；全球化以及網路資訊普及，使醫師不再能夠壟斷醫學知識，並允許對醫師行為做監控，造成專科內與跨領域的競爭，在勞動力供過於求的情況下，進一步降低醫師的專業地位；醫療受到全球健康威脅的影響，以及西方強勢文化入侵，改變對於身體健康的概念，認為個人應對自身健康負責，使醫療的重要性下降；隨著醫療照護的公司化，醫師的行政、經濟甚至臨床自主都被挑戰，專業優勢被官僚優勢所取代，醫病信任關係受到損害，造成醫病關係上的重大改變。

McKinlay從內外部環境分析醫師專業化變遷，也指出專科化與醫院大型化的趨勢使分工與標準化作業侵蝕了醫師的專業自主權，但缺少微觀的基礎來說明為什麼醫師會接受這些標準化作業的制約？如果醫學是充滿不確定性的一門藝術，醫院管理者又憑藉什麼來奪走醫師的主控權？

Larson（1979）創造出「專業計畫」（the professional project）的詞語，認為達成專業是「一項組織性的計畫工程」，而「專業化就是將稀少的資源——特殊知識與技術——轉換成社會與經濟報酬的嘗試」。於是，專業化不僅止於職業之間的競爭，而是受高等教育階層者或特定社群為保障並擴充其權力，藉「專業化」來壟斷工作市場的方式。「權力論」強調的是專業作為一個社會行動者的面向，達到專業地位是經由一些手段、策略，並非技術上水到渠成，或環境時勢所趨。

在全民健保實施以前，醫院的行政人員僅僅做為保險申報與病歷事務，在健保實施後開始有大量的醫院管理研究所學程出現，並籌組學協會建立醫務管理證照制度，開始參與醫院管理分享醫師的決策權力。醫師與醫院管理人員的專業化消長，我認為關鍵在於本世紀初開始的全球病人安全運動，以及根植於病安精神建構的新制醫院評鑑制度。

## 第二節 醫院評鑑制度

專業化的權力競逐取決於資源與規則，全民健保採單一保險人制度而成為唯一的資源分配者，由於健保的支付制度是以醫院評鑑的等級為依據，所以要探討全民健保對醫師專業勞動的影響，就不能不對我國的醫院評鑑制度有所認識。

台灣的醫院評鑑制度始於1978年行政院衛生署與教育部的教學醫院評鑑，當時僅限於公立醫院評鑑及教學醫院評鑑，目的是為提供醫學院學生及住院醫師良好之臨床訓練場所，以及作為公勞保的分級醫療給付參考依據，所以主管單位除了衛生署還有教育部。到了1986年〈醫療法〉實施，第63條提出應「建立分級醫療制度」的目標，於是衛生署自1987年起進行全國性的醫院評鑑工作，作為分級醫療的依據，之後衛生署又於1988年增加辦理精神科醫院評鑑至今。衛生署當年訂定的醫院評鑑標準，著重在結構面如病床數、員工質量，將醫院依軟硬體設備區分成三個等級：(1)醫學中心；(2)區域醫院；(3)地區醫院；但在實際評鑑時，又增加準醫學中心、準區域醫院、特殊功能教學醫院、地區教學醫院、精神專科教學醫院與精神專科醫院等六個類別，其資格有效期限為三年。

全民健保與醫院評鑑的關係，初期僅在於沿用公勞農保以醫院評鑑層級區分為甲乙丙表的支付點數，具有教學醫院資格的醫院還可以額外獲得3%的給付，同工不同酬的給付精神被延續到全民健保，同一項醫療行為會因為醫院層級不同而有給付差異。為了爭取較佳的給付條件，醫院莫不希望能夠在評鑑時得到更高層級的認定，然而，舊制的醫院評鑑基準是以結構面為主，重點在於醫院擁有多少病床數、有多少位醫師具有教育部定的教師資格。因此，醫院都想盡辦法地朝大型化發展，在論量計酬的支付制度下，造成醫療費用的大幅提高。

因此，行政院衛生署於1999年結合台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、中華民國醫師公會全國聯合會共同捐助成立財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱醫策會），其最主要任務在於接受衛生署委託辦理醫院評鑑工作。2000年醫策會開始承接地區醫院評鑑（含教學）、區域醫院評鑑及精神科（含教學）醫院評鑑工作，2004年增加辦理醫學中心評鑑工作，展開全面性的醫院評鑑。醫院評鑑基準早期著重在結構面的硬體設備，而被批評為形式主義，容易造假且徒增文書工作，於是醫策會從2005年開始實施新制醫院評鑑，評鑑的重點轉變為醫療照護的過程面及結果面，評鑑基準與評鑑方式也比照美國醫院評鑑的標準（Joint Commission International，簡稱JCI），核心精神在於病人安全與醫療品質。

### 第三節 病人安全運動

1999年美國IOM（Institute of Medicine）出版“*To Err is Human*”（Donaldson, 2000），引述哈佛大學所做研究，指出民眾就醫時有3.7%會出現醫療疏失的機會，包括院內感染、用藥疏失、甚至是病人辨識錯誤等事件，導致每年約44,000~98,000美國人因為醫療錯誤死亡，高居當年十大死因第八位（高於乳癌、交通事故、愛滋病死亡的人數）。這份報告得到廣泛注意，但也有許多對其數據是否誇大的質疑，於是世界各先進國家也以類似研究方法調查，結果發現英國的醫療疏失率達10.8%、日本為11%、澳洲高達16.6%，而認為美國的數據實際上可能被嚴重低估，因醫療疏失而死亡的美國人可能是每年約40萬人比較合理，如此將躍居至第三大死因，僅次於癌症及心臟病。

美國IOM後續(2001)出版另一本書“*Crossing the Quality Chasm*”，更進一步指出醫療系統存在巨大的品質鴻溝，需要整體地進行系統改造，認為就醫安全的確是普遍性的問題，從而顛覆了原來醫院是很安全的印象，並開始全球性的病人安全運動。美國每年會公布年度病人安全工作目標，世界衛生組織也將提昇手術病人安全、手部衛生等列為全球衛生的重點工作項目。

台灣的病人安全運動並沒有在第一時間跟上歐美的腳步，然而在2002年接連發生幾起受媒體關注的醫療事件，如北城婦幼醫院護理人員打錯針，肌肉鬆弛劑造成幼兒一死六傷的慘劇、產婦羊水栓塞轉診仍不治、崇愛診所誤將降血糖藥物當作感冒藥，造成15名病童住院1名死亡等事件，促使衛生主管機關與社會大眾開始重視病人安全問題，加上全球的病人安全運動影響，衛生署在2003年成立病人安全委員會，召開全國衛生醫療政策會議建議仿照美國的做法，頒布病人安全行動綱領，包括要求醫院設置病人安全專責單位與人員、建構以學習和改善為目的的醫療錯誤通報制度、營造以病人為中心的醫療安全文化、研發病人安全指標與指引、研擬推廣病人就醫安全指引、加強醫事人員病人安全教育及研究、建構病人安全資訊系統、建立用藥安全機制、加強院內感染防控措施、強化醫療程序與設施安全等十大項措施。

病人安全運動對醫療專業的影響是根本性的，其衝擊在於文化與認知層面。以往白袍所代表的醫療專業是帶有神聖光環的，醫病之間強調的是信任與愛心，當發生醫療疏失或錯誤時，伴隨而來的是常是罪惡感與難以諒解的譴責，使大家刻意地不去討論醫療錯誤事件。對於醫療異常事件，不論國內外以往皆抱持著隱匿不願張揚的心態，但“病人安全運動”訴求的是塑造新的病人安全文化，試圖透過將事件通報出來，達到相互學習的效果，以避免類似錯誤再次發生。醫界也從核能與航空業取經引進各種維護安全的標準作業流程（SOP）。然而，既然是一種文化的塑造，就不能不思考東西方的文化差異，

西方人帶有原罪的觀念使他們較能接受道歉的態度，而東方人較保守的心態使道歉與認錯更難以說出口。但在強勢西方文化主導下，完全看不到在地化的聲音，似乎所有人都應該且能夠接受做錯了事只要懺悔與學習，即可以獲得原諒，而忘了在台灣還要受到刑法的追訴。而且醫療不同於航空業，飛機失事時機組人員與乘客是命運共同體，機師有遵從SOP與通報異常事件的動機，但醫師卻不會與病患產生如此的連結，而傾向於隱匿不報。

外國的病人安全運動目的在喚起民眾安全意識，以及改變醫界隱匿醫療疏失的心態，共同建立更安全的就醫環境，是以積極學習的態度，由醫病雙方建立起夥伴關係共同承擔醫療風險。但是在引進國內時完全沒有考量東西方文化的差異，不斷地強調：「人皆會犯錯，醫師是人，所以醫師會犯錯」，讓醫師處於挨打的地位，並隱含著究責的可能性，而破壞醫病之間的信任關係。到醫院就醫被視為等同高空彈跳的風險行為，加上複雜的專業分工與醫院大型化，使醫師也不願承擔整體就醫風險的責任，不得不將專業權力讓渡出去，與病人以及醫院管理人員分享原本專屬醫師的醫療決策權；新制醫院評鑑與舊制最大的差別，就在於引進病人安全精神的條文設計，從原本結構面的評分改為重視過程面與結果面的實地訪查，繁雜的程序更使醫師不願花時間投入，而讓醫院管理人員獲得著力點。

隨著多位早期投入病安運動的年輕醫師被延攬進入衛生行政部門，傳統醫界大老主導的生態也出現轉向，而將專業的權力讓渡到行政官僚手中，並逐步將病安觀念融入醫院評鑑的條文。至於一般民眾也在國家政策的大力宣導下，被喚醒屬於他們自身的權力，而從被動接受恩惠的受照顧者，變為主動維護自身權益的消費者。病人安全是醫療的前提，是長期以來被忽略的重要問題，推動病人安全是正確的方向，問題在於當時正處在健保財務出現危機，醫界要求增加健保總額的壓力不斷增加，政策面上苦無制衡醫師的方法，這時引進病人安全的精神與品質改善的做法，可以從規範與文化認知層面對醫師專業產生制約效果。以新制度理論的觀點來看，這為全民健保制度提供了正當性與合法性(legitimacy)的介入基礎。

醫師本著救人與利他的道德天性取得專業化的基礎，卻在這波全球病人安全運動中從根本的安全問題被質疑，原本難以管理的醫師被「以子之矛，攻子之盾」的邏輯在專業的基礎上找到了攻堅點。但是，當政策考量是為了財務與專業權力的競逐時，就容易出現非意圖的後果，也就是目前所面臨各種血汗醫院、五大皆空、醫病糾紛等醫療崩壞的現象。

#### 第四章 醫療為什麼崩壞

##### 第一節 新制度理論

新制度理論在80年代被運用於政治學、經濟學與社會學等領域，提供制度與個體行為分析的架構。制度不只是正式規則，還包括為個體行動提供“意義框架”的規範系統與文化認知模式，影響個體的基本偏好和對自我身份的認同。個體與制度之間的相互關係建立在某種“合法性”(legitimacy)的基礎之上，共同型塑某種規範並且又受到該規範的制約，個體或組織以一種具有社會適應性的方式來界定並表達他們的身份。制度是制約個體目標和行動選擇的重要機制，忽略了制度的背景機制，就難以對人們的行為和社會現象做出令人信服的解釋。James March和Johan Olsen 1983年發表的《The New Institutionalism: Organizational Factor in Political Life》揭開了新制度主義的序幕，讓1950-60年代的制度學派被稱為舊制度理論。新制度主義對組織行為的解釋不僅關注形式結構和組織目標，也重視非正式群體的作用、對外在團體的依賴、社群的價值觀和地方社群的權力結構。DiMaggio and Powell (1991)指出，新制度理論是對行為學派認為組織行動是基於工具理性的質疑，指出在有限理性、資訊不對稱、代理問題等作用下，組織採行的理性行動是會受環境條件限制的。

Peter Hall和Rosmary Taylor(1996)針對新制度主義提出三個分類：歷史制度主義、理性選擇制度主義和社會學制度主義，目前被視為新制度主義內部的三大流派。新制度主義是多種分析途徑的集合，理性選擇主義採取「計算取徑」(calculus approach)；社會學制度主義屬「文化取徑」(cultural approach)；歷史制度主義則是兼採二者。理性選擇制度主義承襲新古典經濟學「理性自利」的假設，以實證主義演繹的方法來研究制度，認為制度的產生是基於個體的理性計算與偏好，制度的作用在於約制行動者，並解決個體為追求利益極大化所形成的集體困境，帶有功能主義的取向。社會學的制度研究可追溯到Weber、Durkheim與Parsons，關注文化、價值規範、符號以及社會結構對於個體角色塑造與行動的選擇。社會學制度主義在研究設計上，採取宏觀的歸納分析或文化詮釋方法，經常以個案研究的方式來理解個體與社會的長期互動關係。將文化視同制度，制度成為自變項，不僅塑造個體的認知結構與偏好，使組織與個人適應社會生活，得到社會認可的正當性；制度的形成與變遷也是在這種正當性邏輯之下演進。歷史制度主義較關注國家與社會制度如何影響行動者的利益，如何建構與其他團體間的權力關係；相對廣泛地界定制度與個人行為之間的相互關係，把組織結構、非正式的規則、規範、慣例等都看作是制度的範疇。在研究方法上，以歷史的事件為基礎，運用歷史經驗的歸納方法分析歷史制度或社會政治等問題。

也有從結構與行動之間的關係來討論制度變遷，例如William Clark (1998)認為新制度主義的研究可以分成兩個不同的制度變遷理論：行動者中心論(Agent - centered)和結構中心論(structure - base)，前者重視行動者的能動性，認

為在制度變遷過程中，行動者本身的「意圖」(intention)是最關鍵的作用；後者認為歷史制度對於制度變遷具有決定性作用，強調制度依賴的作用，行動者的決策只是鑲嵌於制度環境中。從結構與行動者之間的關係來分析制度變遷，會受到制度結構強度的影響，當制度結構能夠將某種意識形態強加於行動者身上時，就容易發生路徑依賴的現象；但是當國家或組織團體沒有強而有力的中心，制度結構對行動約束力就比較薄弱，而是由結構與行動之間的互動造成制度變遷。台灣的全民健保延續威權時期的政治思維，由國家經營的單一保險人制度擁有極為強大的結構力量，使醫師的行動受到制度意識形態所左右。

不同的制度變遷觀點有其理論分析的優勢，傳統制度主義與新制度主義之間的差異在於研究方法，傳統制度主義帶有濃厚的規範主義，追求的是一種能夠持久不變的制度定律，使用描述歸納法，透過史料的研究歸納來分析制度，屬於靜態的研究，較少關於制度變遷的論述。而新制度主義在制度變遷分析時最重要的論點之一是「路徑依賴」(path dependence)(Hall & Taylor, 1996)，強調政策選擇往往會受到先前制度與決策的影響而產生差異。路徑依賴透過「報酬遞增」來表現，提供相對於其他制度更大的收益，當這種制度固定之後產生學習與適應性，造成預期性和退出成本增加，而使得制度的改變越來越困難。但是在制度變遷的過程出現關鍵點時，若是產生的衝突結果達到新的平衡點，就逐漸構成新的制度，制度的自我強化機制又會使得制度不斷得到鞏固和強化，直到新的危機再次出現又有可能使得制度發生改變。

路徑依賴與報酬遞增也可以視做是一種結構與行動的關係，類似於Archer(1979)的型態生成論(Morphogenesis)，她用「結構制約」、「社會互動」、「結構精緻化」三個概念，來解釋英國、法國、丹麥、俄國的教育發展從私人活動轉變成國家制度的過程。結構制約認為社會行為是受過去行動與社會結構所制約，這種結構的層面就是「制度」與「文化制約」；社會互動的觀點是認為行為雖然是受到結構的制約，但不是完全由結構決定，是以獎賞與懲罰的方式來影響人們的行為，受到獎賞的想要繼續強化結構，而受到懲罰的則會試圖改變結構；結構精緻化是在各個利益團體衝突和讓步之後，將形成新的結構，重新進入結構制約而繼續循環。

理性選擇制度主義將每個行動者視為理性自利的行為者，為了降低不確定性和交易成本選擇能夠保障他們利益的制度，強調行為互動中的策略性算計。社會學制度主義則認為行動者並非都是極大化自身利益，而是受制於本身的制度環境，慣例、文化這類非正式制度性因素形塑了行動者的偏好，重點在制度為行動提供社會合理性。歷史制度主義綜合了計算取徑與文化取徑，看似能夠整合新制度主義，卻缺乏微觀的邏輯基礎來檢視制度中各重要行動者之間的關係，難以將制度變遷所產生的社會效應進一步分析。例如林國明(2003)指出，

全民健保所提供的制度架構有其“路徑依賴”的歷史因素，認為重大政治事件以及政治進程如國家建設、民主化等問題具有結構性的因果關係，但無法理解在這樣的制度下，醫療場域生態可能會如何變化。若是結合批判實在論的研究方法，以其層次化的存有論立場，可以對於存在著什麼樣的生成機制，才使歷史變遷成為可能，提出批判性的分析。本研究以新制度主義的視角，採取批判實在論的分析方法，從規範與文化認知層面思考全民健保制度在經過20年後，如何出現所謂五大皆空、血汗醫院的各種醫療崩壞現象。

## 第二節 成也蕭何

Richard Scott (2013)指出，一個制度的建立需要規約性(regulative)、規範性(normative)、以及文化認知性(culture-cognitive)三個支柱(pillars)，並透過行動者之間的關係系統、抽象符號與人造物、以及各種日常的活動與慣例進行制度傳播。以醫療場域來說，Scott (2000)研究1945-1995年間美國醫療場域指出，過去是一個由醫師主導相對穩定的制度，隨著論人計酬計的健康維護組織(Health Maintenance Organizations, HMOs)，以及由護士主導的家庭保健機構增加，醫師承擔更多財務風險的責任，更改變了醫療場域的制度邏輯。

在這段期間內，存在著三種相互對立的制度邏輯，60年代中期以前，支配性的邏輯是由臨床醫療人員所定義的專業品質；之後醫療品質的邏輯與強調就醫平等的政治邏輯結合，體現在1965年Medicare-Medicaid的立法實施；80年代中期後，新的邏輯強調市場與行政管理以控制醫療成本的重要性。醫療專業品質、平等就醫的政治考量、以及市場財務控制這三種邏輯各與不同的行動者相聯繫，使政治人物、消費病患團體、行政財務管理等成為與醫療專業人員同等重要的行動者，彼此無法完全取代，但是相互之間的矛盾與衝突，卻大幅地削弱了醫療場域結構的一致性與穩定性。

美國的醫療場域變遷研究，提供我們制度分析時的視角，不只從制度的規則設計來思考，當深入到制度的邏輯層面時，能夠為理解醫師專業勞動過程帶來不同的制度觀點。

台灣的醫療場域從殖民時期到威權統治，都是以政治優先做為政策制定的考量，但也因為人民權利與政治限制，使優秀的人才選擇走向行醫的道路，政府對於這些菁英的知識份子，在經過日據時代蔣渭水以及二二八事件的教訓後，採取的是一種懷柔的態度，在文化與社會地位給予醫師崇高的地位，但政治上不僅壓低衛生主管機關的層級，醫師也幾乎不碰觸政治，人人心中住著一個小警總。

在這種特殊的歷史背景下，影響醫師角色塑造與行為的是倫理道德規範與社會文化認知，醫師是受到救人天職召喚的角色定位，這種利他的精神讓醫師

取得專業上的自主權，而專業化所帶來的成就感與社會地位產生正向回饋，讓醫師願意付出額外的工作時間連假日也要到醫院探視病人。這時候的醫病關係是不對等的卻也是信任的，醫師掌握所有專業知識以家父長式的關係對待病患，越是重症的科別例如外科越是能夠獲得成就感與社會地位，而受到醫學生執業選擇的青睞。

這種規範價值觀使醫師成為一種責任制的工作，即使受雇於大型醫院，也不被視為勞工或是受到勞基法的保障，其工作不被認為是勞動的過程，反而是實踐專業的天職，成為血汗醫院勞動的微觀基礎。加上台灣的醫學養成教育沿襲自日據時期的精神，強調尊師重道與服從謙卑，因為醫學是充滿不確定的，即使解剖教科書上告訴我們盲腸位於什麼地方，手術打開肚子每個人的盲腸位置就是不一樣。所以臨床經驗非常重要，書上所學的知識只是用於當面對未知時的指引，實際的能力要來自老師與學長的臨床指導。我們會看到主治醫師帶領大批住院與實習醫師查房的身影，每位醫師也永遠會記得當年被老師“電”的經驗。這種師生或學長學弟關係，在大醫院中主導醫師之間的同儕互動，而不是醫院管理人員的科層權威。

台灣醫療場域的特殊勞動條件與人際關係，奠定全民健保成功的基礎，政府得以用低廉的預算來完成高水準的涵蓋率與滿意度，靠的是醫師的“甘願”勞動，具體的實行方式是扶持大型醫院，藉醫師間的專業科層體制來管理醫師，大醫院的主管都是教授級資深醫師，自然有辦法找來學生為醫院效命。

總結來說，健保的成功奠基在醫師的“甘願”勞動，及資本主義方式創造大型化的醫院生產結構，得以用更有效率的方式完成醫療工作。制度的邏輯在政策面是財務與效率，但實際運作的是專業化的邏輯。醫師因為可以拯救病人讓病患獲得安全而成功地專業化，取得金錢與社會地位的回饋，而甘願付出額外勞動；醫院因為醫療場域關係的特殊性，可以獲得醫師額外勞動的剩餘價值，透過資本積累不斷擴張醫療版圖；而政府因為全民健保實施，不僅解決了公勞農保的財務危機，還得到人民選票支持；民眾受惠於低保費政策，使健康獲得充分保障。看似多贏的制度，帶來什麼非意圖的後果呢？

### 第三節 敗也蕭何

健保的成功，在於成功地運用醫師專業化的成果；崩壞的原因，也在於醫師的再專業化過程。

美國的醫療專業團體原本擁有此醫療場域的絕對權力，以道德權威機制進行規範性的控制，這樣的治理結構隨著專業團體分裂以及民主黨福利醫療政策，使政府成為最大的醫療服務購買者，導致政府提高對醫療組織的要求與規約力量。台灣從公勞保時代開始，政府就是主要的醫療服務購買者，全民健保

實施，更讓政府成為唯一的保險人。財務緊縮所產生的矛盾，使政府因為身為全民健保的單一醫療購買者，不得不直接挑戰原本屬於醫師專業團體的醫療決策權力。

80年代新自由主義以市場導向與效率，引入醫療成本控制的方法，使私人市場與行政管理，和醫療專業與公共政策混合在一起了。新制度理論指出，組織的合法性會隨著文化環境的內聚程度而變化。各種行動者對醫療場域的觀念不一致，彼此的利益考量也有衝突，醫療場域結構的一致性與穩定性被破壞了，代表醫療場域的合法性下降，而導致這個場域運作的成本增高與混亂。

國家的健康保險絕對不同於一般的醫療商業保險，即便是崇尚資本主義的美國，也存在著針對老人以及低收入者的Medicare以及Medicaid制度，因為維護全民健康是一個政權合法性不可或缺的基礎。台灣全民健保的財務設計也是基於新自由主義的精神，雖然有將專業納入市場競爭的社會條件，但是若沒有適當的手段與策略，光是訴求於財務危機是無法取得合法性基礎的，仍然很難動搖既得利益者已經建立的專業地位。西元2000年開始的全球病人安全文化運動，以及各財團醫院亟欲擴張的壓力，正好為政府找到有力的盟友與足以抗衡醫師專業權力的論述。

政府衛生主管機關原本就有醫院評鑑制度，但僅限於結構面的形式作業，當時的政策方向是限制新病床數量的增加，以避免誘發更多醫療需求。在全民健保實施之後，由於全民納保大幅增加民眾就醫機會，政府面臨醫療資源不足的壓力，加上台灣民眾迷信名醫認為大醫院的水準較高，使大型醫院擴建的要求越來越多。當健保支付制度走向總額預算制時，醫療供給面增加所帶來的財務壓力就減小了；政府也發現與其跟多方協商，不如讓醫療資源集中到較少數大型醫院，可以將預算壓力分散到個別醫院的小總額自主制度，更可以透過醫院來管理醫師的醫療行為使醫療支出獲得控制。因此，在政策上先開放新病床設立的限制，並著手新制評鑑條文的修改，使規模不夠大的醫院很難達到新制醫院評鑑的要求而被淘汰出醫療場域。

醫院評鑑在引進病人安全觀念並結合健保支付制度之後，從權力論的觀點來看，醫師雖然仍保有臨床決策的專業權而不致於被去專業化或普羅化，但醫師專業的規範基礎卻面臨嚴重挑戰。從前醫師獨尊的時代，享有問題定義與生產工具的專屬權力，並且受到國家法律與證照的保護，其他職系人員無法取得發言的權力，所型塑出高高在上的形象，也使病人處於地位不平等的情境。病人安全運動訴求的重點是「醫師是會犯錯的（To Err is Human）」，為了保障病人的安全，不能將所有專業決策權力放在醫師身上，必須將醫療行為以標準化作業及臨床指引加以約制。與病人及醫務管理人員分享專業權力，代表的是專業化條件中最重要自主權受到侵蝕。再加上醫院往財團化與大型化發展，

醫師已經被弱化成為龐大醫療團隊中的一員而已，其他職系人員開始主張其專業權，也削弱了臨床醫師的主導力量。在醫學分科日益精細的情形下，醫界內部更出現各專科醫學會爭取自身的專業權，結果卻是使醫師僅僅剩下自身專科領域的權力，在切割地如此零碎下，醫師與病人之間的關係，開始變成越來越保守與疏離，因為不再擁有主導的權力，僅能代表團隊的一份子，醫師選擇趨向防衛性醫療，反而更容易造成病患的抱怨與不滿，出現互踢皮球推諉卸責的情形。

醫療是充滿不確定性的領域，醫師也正因為能夠處理不確定性而獲得專業化的基礎，能夠維護病人的生命安全而取得專業的合法性；然而，過於強調醫師會犯錯，主張以標準化作業來去除不確定性，正是以病人安全為訴求來剝奪醫師的專業權力與質疑醫師自主的合法性。在這裡我們可以看到同樣以保障病人安全為由，醫師面臨的專業化與去專業化過程，是一種成也蕭何敗也蕭何的觀念。

為什麼SOP化的病人安全會使醫療崩壞呢？難道注重病人安全有錯嗎？當然不是如此，問題在制度操作的目的與方式，場域中的利益相關行動者各有企圖而便宜行事，見到國際間正流行的病安運動可以在道德規範層面取得有利地位，成為制衡醫師的利器，苦無方法管理醫師的政策制定者與醫院老闆怎能不見獵心喜。在其他國家，醫院評鑑是代表醫院品質的稽核制度，評鑑結果影響的是醫院的形象，目的在讓醫院發現自己的缺點進行改善；病人安全運動是為了提升病人的安全意識，強化醫病之間的夥伴關係，且透過異常事件分析減少醫療風險。但引進台灣卻是將醫院評鑑制度與健保給付掛鉤，出現為求更高健保給付而造假虛應故事的現象，更成為財團醫院大肆擴張的良機。

建立標準作業沒有錯，錯在誤以為SOP代表專業，制定SOP的目的不在SOP本身，SOP應該是為專業服務以減少變異產生的工具，而不是被當做目標來鉗制醫療行為。很多人以為沒有遵照臨床作業指引就是有醫療疏失，卻不知道在西方醫學的實證標準中，很多作業指引的證據等級是很低而僅僅做為臨床參考而已。

引進病人安全觀念是正確的，錯在速食式的文化建立過程，企圖以綁住健保的財務誘因以及缺乏足夠的友善環境。台灣的醫療糾紛是刑事責任，醫師面臨的是一個不安全且不友善的異常事件通報制度，當民眾看到醫師會犯錯這樣的宣傳時，卻沒有辦法了解國外提出這句口號的真正目的，是為了進行系統性的改善而非針對個人，是為了加強病人本身的責任意識而不是究責於醫師。

然而，追求短期之內見到成效的政策習慣，使原本立意良好的制度出現非意圖後果。以新制度理論來分析，在規約(regulative)層面，評鑑與健保的掛鉤促成醫療生態朝大型化發展，地區醫院倒閉使城鄉醫療資源更不平等；沿用自

公勞保時期的支付標準不利於急重症科別，加上專業自主權被侵蝕，原本從事急重科別所能帶來的成就感大幅減退，年輕醫學生自然朝向較輕鬆科別發展。在文化認知層面，消費者意識抬頭，醫學知識因為網路普及而隨手可得，醫師也不再享有優勢地位，為了求取自保，而逐漸傾向保守醫療態度以免惹禍上身，使醫病之間的信任基礎更形薄弱。

更嚴重的問題在於規範層面，在制度的變遷過程中，醫師的參與太少，雖然有一些年輕醫師投入，但位居高層的醫師缺少正確的認知，僅僅將病人安全與醫療品質視為滿足醫院評鑑的要求，便宜行事地雇用醫院管理行政人員收集指標以應付評鑑。醫院內制定的SOP來自相互抄襲而不是經由院內醫師討論的結果，不見得適合個別醫院，醫師當然會嗤之以鼻不屑一顧；由行政及護理人員負責的病人安全事務對醫師來說，也被視為找麻煩與打小報告。但是隨著病人安全與醫療品質成為醫院評鑑的核心，評鑑結果又與健保關係越來越緊密，醫師不願投入的後果就是權力遭到醫管及護理人員分享，專業自主權旁落使得專業勞動的過程更加受到醫院經營者所掌控，而逐漸淪為醫療生產線上的工具，這時候血汗勞動也只是資本主義運作的必然結果。

過度強調SOP還產生另一個非意圖後果，年輕的醫學生被教育要依照標準作業與臨床指引，凡事講求實證醫學，老師懂的知識可能不如自己上網查找的多，對於老師與學長的從屬觀念自然薄弱了，醫院主管可能出現領導統御的問題。這種醫學教育的轉變，除了造成年輕醫師不願選擇較具不確定性且病情複雜的急重症科別之外，也出現要求勞動權益的訴求與對醫界大老的批判，並且在與病人的互動時若過於強調標準作業容易讓病患產生冷漠的感受，覺得醫師並沒有將病人視為一個完整的人，而是被切割成某個系統的疾病而已，使醫病之間的信賴關係受到影響。

## 第五章 結論

全民健保實施二十年來，雖然從一代健保過渡到二代健保，增加了補充保費，但整體而言仍然維持著低保費的原則；給付制度雖加入住院診斷關聯群 (Diagnosis Related Groups, DRGs) 的支付方式，但延續的仍是公勞保時代的支付點數架構。國民醫療保健支出佔國民生產毛額的比重，從健保開辦時1995年的5.25%增加到2013年的6.6%，仍然趕不上多數已開發國家的水準。制度的規約架構與從前並沒有重大改變，民眾對健保仍然高度滿意，醫界卻是開始雜音不斷。醫療生態朝財團化與大型化傾斜、急重症科別人力失衡、出現對血汗醫院的控訴與抗爭；更嚴重的是醫療品質未必能夠提升，民眾就醫時被以各種名目收取自費負擔，醫師開始計較工作時數，並要求納入勞基法的保障。醫院追求

利潤、醫師採取防禦性醫療，病人只能自求多福，導致醫病關係惡化與醫糾不斷，甚至出現醫療人球等事件。

種種所謂崩壞的現象，反映出醫療場域結構的不穩定性；行動者的不滿與自我防衛，更顯示出醫療體制的合法性基礎動搖。台灣的醫學教育與實作具有歷史的獨特性，早期受日本殖民統治影響，而知識與技能則是移殖自歐美並具有世界最先進的水準。台灣的醫療體制一直以來都是從屬於政治而為政治服務，主管全國衛生事務的主管機關（衛生署）原本也並非中央一級部會，全民健保的規劃與實施更是充滿政治算計與財務考量。如何以制度觀點分析台灣的全民健保制度，探討健保成功實行以及當前醫療崩壞的因素，是本研究最關心的問題。

2006年開始實施的新制醫院評鑑，正好處在健保實施第一個十年後，而被利用來處理財務的壓力。新制醫院評鑑以醫療服務品質與重視病人安全為訴求，對醫療的過程面與結果面制定各項指標，從舊制的注重結構形式，深化到日常業務的執行層面，對醫師的專業勞動過程開始產生實質影響力。健保局身為單一的保險人，透過醫院評鑑制度，使醫院處於極為弱勢的地位，所增加的文書作業與評鑑規範，成為只有大型醫院才玩得起的遊戲，導致醫院不斷朝向大型化與財團化發展。地區級醫院萎縮，醫師若是不願受雇於大醫院，就只能選擇到基層診所開業，對於絕大多數具專科醫師資歷的醫師來說，等於放棄多年養成的專業，每天守著診所看傷風感冒。目前有超過半數以上的專科醫師受雇於醫學中心或是區域醫院，醫院的規模越大，專業分工就越精細，醫師成為醫療生產線中的一顆螺絲釘，所能掌握的醫療面向越來越窄縮，角色也逐漸從醫治病“人”，轉為治療“疾病”，而失去與人互動的熱情。加上醫院行政管理的強勢興起、醫院評鑑作業的瑣碎惱人、以及不斷增加的醫療糾紛與病患消費意識，使得壓力較大較辛苦的急重症科別出現人力短缺的所謂「五大皆空」現象。

本研究指出台灣醫療場域從以醫療為核心的專業主義到以財務優先的新自由主義發展過程，全民健保成功的因素在於根源自專業倫理與社會認知的“甘願”勞動，以及醫療場域中的師生關係網絡。崩壞的原因包括健保與醫院評鑑制度有利於大型醫院，造成資本主義的生產方式主導醫療實作；新制醫院評鑑導入的品質與病人安全體制，使行政管理得以介入醫師的專業自主權，也改變了醫病之間的傳統信賴關係。但本研究並非反對引進病人安全與品質促進觀念，所批判的是這些制度過程缺少醫師的參與，醫界普遍地忽視品質管理的重要性，醫師沒有展現身為領導者對醫療品質與病人安全的承諾，反而將這些視為低層次的行政事務，以為只有做研究發表論文、創造業績才是專業的表現，而將定義醫療專業價值與規範的權力讓渡出去。全民健保是台灣值得驕傲的政

策，要改變醫療崩壞的現象，除了在政策面不要繼續向財團傾斜，最重要的是醫師應該跟上時代的腳步，培養品質與病安意識，在規範與文化層面再專業化，才是醫療專業所能夠帶給民眾的真正價值。

參考文獻：

1. 林國明，2003，到國家主義之路:路徑依賴與全民健保組織的形成。台灣社會學 5: 1-71。
2. 吳嘉苓，2000，醫療專業, 性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析。台灣社會學研究 4:191-268。
3. 葉永文，2006，台灣醫療發展史：醫政關係，洪葉文化。
4. Archer, M. S. (1979). *Social origins of educational systems*. Routledge.
5. Archer, M. S. (1982). Morphogenesis versus structuration: on combining structure and action. *The British journal of sociology*, 33(4), 455-483.
6. DiMaggio, P. J. , & Powell, W. W. (1991). The new institutionalism in organizational analysis (pp. 1-40). Chicago: University of Chicago Press.
7. Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). National Academies Press.
8. Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.
9. Hall, P. A., & Taylor, R. C. (1996). Political science and the three new institutionalisms. *Political studies*, 44(5), 936-957.
10. Harold L. Wilensky, "The Professionalization of Everyone?" *American Journal of Sociology*, Vol. LXX, September, 1964, pp. 137-158.
11. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press.
12. Johnson, T. J. (Ed.). (1972). *Professions and Power*. Routledge.
13. Larson, M. S., & Larson, M. S. (1979). *The rise of professionalism: A sociological analysis* (Vol. 233). Univ of California Press.
14. March, J. G., & Olsen, J. P. (1983). The new institutionalism: Organizational factors in political life. *American political science review*, 78(3), 734-749.
15. McKinlay, J. B., & Marceau, L. D. (2002). The end of the golden age of doctoring. *International Journal of Health Services*, 32(2), 379-416.
16. Roberts Clark, W. (1998). Agents and Structures: Two views of preferences, two views of institutions. *International Studies Quarterly*, 42(2), 245-270.

17. Scott, W. R. (2013). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities*. Sage Publications.
18. Scott, W. R. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. University of Chicago Press.